This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

A. E. S.

REVUE

MEDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

MÉDECIN DE SAINT-LAZARE

Professeur libre de gynécologie à l'École pratique de la Faculté de Médecine
Docteur ès sciences, officier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique
Membre de la Société de Médecine de Paris, etc.

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

JOSEPH BERRUTI
Agrégé à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Université Royale de Turin.

DEMBO
de Saint-Pétersbourg.

HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen

LÉON LABBÉ
Professeur agrégé de la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

LE PILEUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

VIGNARD
Professeur d'accouchements à l'Ecole de Médecine de Nantes.

LE DOCTEUR R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
Secrétaire de la Rédaction

TOME CINQUIÈME

PARIS
CHEZ COCCOZ, LIBRAIRE-ÉDITEUR
11, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE

1883

BOSTON [illegible] LIBRARY.
OCT 28 [illegible] 02

2871

CATALOGUED
OCT 27 1902
E. H. B.

BOSTON MEDICAL LIBRARY
OCT 28 1902

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

La *Revue Médico-Chirurgicale des Maladies des Femmes* exclusivement consacrée, comme son titre l'indique, aux travaux relatifs à la gynécologie arrive à sa cinquième année d'existence.

Fort bien accueillie dès le début par le monde médical, en France et à l'étranger, cette Revue va prendre une extension nouvelle avec le concours scientifique de quelques notabilités médicales auxquelles la Rédaction souhaite la bienvenue et adresse tous ses remerciements.

LA GYNÉCOLOGIE A LYON

UNE VISITE A LA CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

(Service de M. Laroyenne).

En revenant du voyage que nous faisons annuellement à l'époque des vacances, nous nous sommes arrêté à Lyon, pendant 48 heures, pour faire une visite au service de gynécologie de la faculté.

C'est au rez-de-chaussée de l'hôpital *la Charité* qu'est installé ce service de création relativement récente, dont le premier titulaire a été le savant chirurgien-accoucheur M. Delore, qui a contribué très activement à sa création et dont les élèves ont gardé le meilleur souvenir. La direction en est aujourd'hui confiée à M. le docteur Laroyenne qui a bien voulu nous en faire les honneurs avec la plus bienveillante courtoisie.

Une salle d'attente pour les malades, une autre grande salle bien éclairée réservée aux consultations et aux opérations, un amphithéâtre et 40 lits distribués dans deux salles et deux chambres, représentent le local consacré à la clinique.

En suivant le service, M. Laroyenne nous montra une malade chez laquelle la rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire avec péritonite consécutive l'a forcé à opérer en pleine péritonite aiguë.

Il n'existe, dans la science, qu'un seul cas d'opération de kyste rompu opéré en pleine péritonite aiguë. Il est dû à Spencer Wells. Comme dans le cas de M. Laroyenne, la guérison fut obtenue.

« Les kystes séreux seuls, dit le savant professeur de Lyon, ont une innocuité relative, car leur rupture a parfois été suivie de résorption du liquide et de guérison.

» Cela nous autorise à conclure que, dans les cas de rupture d'un kyste, il faut d'abord se renseigner par une ponction sur la nature du liquide épanché ; celui-ci une fois reconnu, on ne sera autorisé à attendre que si l'on a affaire à un kyste séreux ; dans tous les autres cas, et surtout lorsqu'il s'agira d'un contenu visqueux, on devra opérer immédiatement, *même si la rupture date de plusieurs jours et a amené une péritonite aiguë*. Notre observation prouve, non seulement que la guérison peut être obtenue en pareil cas, mais encore que c'est le seul et unique moyen de guérir la péritonite. En agissant ainsi, on supprime la cause du mal et on debarrasse du même coup le péritoine de tous les produits inflammatoires qui l'encombrent et augmentent encore son processus irritatif. »

M. Laroyenne voulut bien attirer notre attention sur l'hématocèle consécutif aux fibromes utérins, variété rare non décrite par les auteurs.

Les trois observations recueillies dans le service, presque à la même époque, par M. Jules Soller, font admettre au professeur deux variétés et conclure que l'hématocèle compliquant un fibrome utérin pourrait se produire de deux façons différentes. « Dans le premier cas, le néoplasme aurait par sa présence déterminé tout autour de lui de la péritonite et, par suite, des fausses membranes; celles-ci, en s'organisant, deviennent vasculaires, et la rupture de ces vaisseaux de nouvelle formation se produit sous l'influence du plus petit traumatisme, constituant la variété d'hématocèle si bien décrite par Besnier sous le nom de pachypéritonite hémorrhagique. Dans la seconde forme, au contraire, la soudaineté et la gravité des accidents ont fait penser à M. Laroyenne qu'on pourrait bien avoir affaire là à une hémorrhagie se produisant à la surface du fibrome, par suite de la rupture d'un des nombreux vaisseaux qui sillonnent sa paroi externe. On sait, en effet, que si le tissu propre du fibrome est rarement très vasculaire, son enveloppe l'est ordinairement beaucoup : « On y trouve, dit Barnes, un réseau principalement veineux, et qui laisse écouler beaucoup de sang au moment des règles. »

Il est évident que cette phrase de Barnes ne se rapporte qu'à la surface externe des fibromes intra-utérins; quoi qu'il en soit, il est incontestable que, d'une façon générale, la surface des fibromes utérins est très vasculaire; nous ajouterons même que ces vaisseaux sont parfois d'une friabilité excesssive. M. Laroyenne nous rappelait à ce propos un petit accident qui lui était survenu pendant une de ses ovariotomies; il s'agissait d'un kyste compliqué de fibrome de l'utérus : le simple passage de la main sur la tumeur fibreuse avait amené la rupture d'un des vaisseaux de la surface et déterminé une hémorrhagie assez abondante. Cela prouve la facilité avec laquelle un fibrome peut se compliquer d'hématocèle sous l'influence d'un choc, d'un

effort, et présenter ainsi les symptômes subits et aigus de l'hémorrhagie interne que nous avons signalés.

En résumé, nous dirons donc que l'hématocèle compliquant un fibrome utérin peut se produire de deux manières : 1° par pachypéritonite hémorrhagique ; 2° par la rupture d'un des vaisseaux de la surface du fibrome. A chacune de ces variétés correspond un tableau clinique spécial.

Nous fûmes ensuite mis à même d'examiner quelques instruments habilement modifiés par M. Laroyenne. Parmi ceux-ci, la sonde-curette à double courant destinée aux lavages phéniqués intra-utérins, dans les cas d'hémorrhagies par rétention et putréfaction du placenta, attira plus particulièrement notre attention.

Je laisse la parole à M. Jules Soller pour décrire cet excellent instrument, les indications de son emploi et la manière d'en faire usage.

« Tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'à la suite d'un avortement, la première indication est de s'assurer que l'arrière-faix en totalité a été expulsé. Tant qu'en effet des débris de membranes sont emprisonnés dans l'utérus, la femme est exposée à des risques sérieux, non seulement par la persistance de l'hémorrhagie, mais aussi par l'infection purulente ou putride. Or, pour provoquer l'expulsion de ces débris, Levret a imaginé une pince à faux germe que M. Pajot a modifiée ; mais on a fait à ces pinces le juste reproche de ne pas rendre de grands services, car, ne trouvant pas une prise assez solide, elles glissent ou ne font que déchirer la masse, sans l'entraîner. Voilà pour la partie mécanique du traitement ; quant aux injections désinfectantes à l'acide phénique, les auteurs conseillent de n'y avoir recours que dans le cas où l'écoulement devient fétide, et où l'on constate la putridité des débris placentaires. Lorsque cela arrive, ils recommandent : ou la sonde ordinaire à double courant, ou celle de Stoltz dont l'extrémité est percée de nombreux trous en pomme d'arro-

soir. Or, ces deux espèces de sondes présentent l'inconvénient de rendre difficile le retour du liquide en dehors ; de plus, le jet en pluie fine obtenu par la sonde Stoltz n'a assurément pas une projection assez forte pour détacher les débris adhérents du placenta. Pénétré de l'inefficacité de ces instruments, M. Laroyenne fit construire une sonde spéciale à double courant. Elle est en métal blanc argenté et présente une longueur de 26 centimètres, un diamètre de 7 millimètres, représentant le numéro 21 de la filière Charrière. Le trou de sortie du liquide injecté se continue en bas par une fente de 3 millimètres de large, creusée dans toute la largeur du conduit de retour ; cette fente a pour but d'assurer le retour facile du liquide et de l'empêcher de séjourner dans la cavité utérine. Cet instrument n'est pas seulement destiné à mettre un liquide détersif en contact avec la muqueuse utérine, et à en assurer le retour au dehors; il a aussi pour but de remplacer avantageusement les pinces à faux germe et les tenettes usitées dans les cas de rétention placentaire. M. Laroyenne s'en sert, en effet, comme d'une curette mousse, en râclant avec elle les parois utérines pendant tout le temps que passe le liquide injecté. Les débris de l'arrière-faix sont ainsi facilement détachés, et par le fait du râclage et par le jet du liquide qui doit avoir une certaine force. C'est pour remplir cette dernière indication que M. Laroyenne donne à sa sonde un calibre déterminé, et qu'il ne se sert pour l'injection que de l'irrigateur Eguisier ; en outre, dans le même but, nous devons insister sur l'abondance du liquide injecté, dont souvent deux ou trois litres ne suffisent pas pour une même séance; il faut, selon l'expression de M. Laroyenne, « pratiquer de véritables chasses dans la cavité utérine. »

C'est en associant ainsi les procédés mécaniques aux moyens antiseptiques que M. Laroyenne a obtenu une guérison rapide et complète dans les cas de rétention placentaire ; le résultat a été chaque fois le même, qu'il y ait eu ou non putréfaction des débris. En effet le procédé est excellent dans tous les cas; s'il y a eu déjà des accidents de septicémie, il en atténue les effets

et les guérit même parfois rapidement; si cette complication n'a pas encore eu lieu, il la prévient et assure ainsi la guérison complète.

Nous venons d'insister sur les avantages que présentait cette méthode de traitement; nous ajouterons qu'elle n'expose à aucun danger. D'abord, cette curette mousse n'offre pas les inconvénients de la curette ordinaire de Récamier, dont les bords assez tranchants n'ont pas toujours été exempts d'accidents, même lorsqu'on opérait sur un tissu utérin normal; à plus forte raison doit-on être prudent pour le râclage de la muqueuse, quand cet organe est mou, friable, congestionné, comme à la suite d'un avortement. Nous ne voulons pourtant pas exagérer l'importance de ce précepte, et sommes loin d'être de l'avis de Stoltz, qui rejette toutes les manœuvres mécaniques d'extraction comme inutiles et dangereuses.

En second lieu, nous ferons remarquer que cette méthode n'expose à aucun danger d'intoxication par l'acide phénique. Il est, en effet, remarquable qu'on puisse impunément, en l'espace de quelques minutes, mettre en contact avec la muqueuse utérine trois ou quatre litres d'une solution fortement phéniquée (2 gr. 50 et même 4 0/0) c'est-à-dire une centaine de grammes d'acide phénique, sans amener aucun symptôme d'intoxication, alors que, dans la fièvre typhoïde, un lavement de 0 gr. 50 de cette substance suffit parfois pour amener des sueurs profuses et des symptômes pénibles. Cette immunité heureuse est d'autant plus facile à comprendre que les vaisseaux utérins se trouvent à ce moment-là béants, largement ouverts, et par conséquent, beaucoup plus aptes à absorber le poison.

C'est ce qu'avaient parfaitement compris les Anglais quand ils conseillaient, en pareil cas, d'administrer préalablement à la malade de l'ergot de seigle ou de l'ergotine, avant de faire toute espèce d'injection phéniquée intra-utérine, et cela, disent-ils, pour resserrer les vaisseaux, en faire cesser la béance et empêcher ainsi l'absorption trop rapide de la substance médicamenteuse. Nous pouvons affirmer que cette précaution est absolument inutile, puisqu'elle a pour but de prévenir un danger

qui n'existe pas. M. Laroyenne, en effet, quoique n'ayant jamais suivi ce précepte, n'a pas une seule fois constaté de symptôme d'intoxication, et pourtant il fallait passer chaque fois dans l'utérus environ 50 ou 80 gr. d'acide phénique ! Nous devons ajouter, il est vrai, que cette immunité est probablement due au retour facile du liquide, qu'on obtient avec la sonde spéciale dont nous parlons. En résumé, voici ce que M. Laroyenne conseille de faire dans les cas d'avortement compliqué de rétention de l'arrière-faix avec hémorrhagie, que cette rétention ait amené ou non des symptômes de putréfaction.

Quand on le peut, extraire avec le doigt le placenta ou appliquer le pessaire Gariel pour en faciliter l'expulsion.

Si ce moyen ne suffit pas, ou seulement si l'on *se doute* qu'il reste quelques débris dans la cavité, il n'y a alors pas à hésiter : il faut faire des lavages intra-utérins, avec une solution de 2 à 4 grammes d'acide pour 100 d'eau. Pour cela, on emploie la sonde à double courant que nous avons décrite, et, pendant tout le temps que le liquide y passe, on la promène contre les parois, pour en détacher les membranes et débris.

La quantité de liquide à injecter doit être considérable et l'on ne doit s'arrêter que quand l'eau ressort absolument pure. Il faut, en outre, que ce liquide soit poussé avec une certaine force ; aussi se sert-on pour cela d'un irrigateur Eguisier.

Au début de l'irrigation, on procède avec lenteur pour surveiller la susceptibilité utérine de la malade, et éviter les syncopes.

Une séance faite dans ces conditions suffit le plus souvent pour expulser tous les débris et amener la guérison complète et rapide des accidents ; mais parfois on est obligé de recourir à une seconde, troisième et même quatrième injection, chacune à une dizaine d'heures d'intervalle.

Ce traitement doit être continué jusqu'à ce que tous les accidents aient disparu, que la métrorrhagie et les douleurs aient cessé, et que tous les symptômes de septicémie n'existent plus. »

Après avoir fait le tour des salles, nous nous rendîmes à la

salle d'opérations où le savant professeur fit appeler trois malades.

La première atteinte de rétroflexion avec rétroversion, subit quelques tentatives de redressement qui démontrèrent la réductibilité de la rétroflexion. Une tige de Simpson fut introduite dans l'utérus après réduction et l'application d'un anneau de Sims maintint l'utérus en position quasi-normale.

M. Laroyenne emploie, sans crainte, les tiges intra-utérines, et il m'a dit les laisser quelquefois en place, pendant plusieurs jours, sans inconvénients.

Nous n'avons pas été aussi heureux que le professeur de Lyon et nous avons renoncé, depuis longtemps, à la tige simple et rigide de Simpson qui a donné lieu entre nos mains à quelques accidents (points douloureux intenses dans la région de l'aine, cellulite pelvienne).

Nous n'employons plus aujourd'hui d'autre tuteur intra-utérin, après la réduction des flexions, que le pessaire bifide, en vulcanite, de Chambers qui se maintient seul et ne cause aucun froissement.

La deuxième malade atteinte d'un polype fibreux d'un volume énorme, implanté dans l'utérus près de l'isthme et descendu dans le vagin, fut opérée devant nous par M. Laroyenne.

Le temps le plus difficile fut celui de la sortie. Le polype étant trop volumineux pour franchir la vulve, il fallut se résoudre soit à le morceler, soit à agrandir l'ouverture.

C'est à ce dernier parti que s'arrêta l'opérateur.

Deux incisions profondes furent pratiquées latéralement, au-dessus de la fourchette, à l'aide de ciseaux à lames courtes et fortes.

Le polype saisi avec des pinces de Museux, put franchir la vulve. Aussitôt les lèvres des incisions furent réunies par des sutures au catgut afin de fermer la porte à la septicémie.

Sur une troisième et dernière malade atteinte d'épithélioma de la lèvre postérieure du col utérin, s'irradiant dans le cul-

de-sac correspondant, M. Laroyenne nous montra l'application de la pâte de Canquoin à l'aide de l'un des instruments de Bonnet. Celui qui fut employé se compose d'une cupule métallique peu profonde, à bords droits, de deux centimètres de diamètre environ, fixée obliquement sur une tige de même nature. Dans le fond de la cupule, on place un peu d'ouate et sur celle-ci on étend une couche mince de pâte de Canquoin.

On applique la cupule sur la partie à modifier. La tige qui reste dans le vagin et sort à la vulve est maintenue à l'aide d'un bandage, afin que l'instrument ne puisse, en se déplaçant, cautériser les parties avoisinant la lésion.

M. Laroyenne considère l'application de la pâte de Canquoin sur l'épithélioma du col utérin, comme un excellent moyen, très en honneur à Lyon ; et un peu trop délaissé partout ailleurs.

Cette courte visite nous a démontré qu'il existe à la faculté de Lyon un excellent service clinique de gynécologie, dirigé par un maître, clinicien aussi distingué qu'habile chirurgien, auquel nous adressons nos remerciements pour la façon toute cordialement confraternelle dont il a bien voulu nous recevoir.

CHÉRON.

MÉMOIRES ORIGINAUX

INDEPENDANCE DES CONTRACTIONS DE L'UTÉRUS PAR RAPPORT AU SYSTÈME CÉRÉBRO-SPINAL

Par M. J. DEMBO, de St-Pétersbourg (1)

Depuis Haller et Gall jusqu'à nos jours, la science a fourni une énorme quantité de recherches expérimentales, ayant pour

(1) Travail du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de Paris.

but de reconnaître les centres de l'utérus et leurs nerfs moteurs ; d'autre part, ces observations cliniques sont venues à l'appui d'innombrables hypothèses sur ce sujet.

Il n'existe, pour ainsi dire, pas un point dans le système cérébro-spinal où l'on n'ait cru trouver des centres servant à faire contracter l'utérus, par voie directe ou réflexe.

Si l'étude des contractions utérines possède une littérature très riche, elle n'est pas moins remarquable par l'incessant conflit de faits contradictoires qu'elle présente.

Pour Gall, Serres, Valentin et Spiegelberg, le centre des contractions utérines est dans le cervelet, pour Kilian, MM. Oser et Schlesinger, il se trouve dans le bulbe, pour Budge dans l'un et l'autre.

MM. Kehrer, Cyon, Scherschewsky, Röhrig et Brachet croient tous le voir dans la moelle épinière, mais l'un deux, Kehrer, tient pour la région lombaire, tandis que Cyon conclut que ce centre principal a son siège au niveau de la 10e vertèbre dorsale.

MM. Frankenhauser, Obernier affirment que les centres principaux sont dans le système du grand sympathique, Frankenhauser le cherche dans le plexus aortique, Obernier au contraire dans la région lombaire de ce nerf.

D'autres expérimentateurs : MM. Spiegelberg, Korner, veulent que de tous les points de la moelle épinière (Spiegelberg y compris le cerveau) on puisse faire contracter l'utérus.

Enfin, MM. Schetschenoff, Reiman, Rein et aussi Calliburcès prétendent que l'utérus possède, lui-même, des centres indépendants.

En présence d'une telle divergence d'opinions sur ce sujet, on pourrait admettre :

1° Que l'utérus des animaux de certaines espèces, et même d'une espèce donnée ne se comporterait pas toujours d'une manière identique sous l'influence de l'excitation du centre, que les résultats de l'excitation ne sont pas les mêmes aux différentes époques de la vie, enfin que l'utérus aurait des contractions spontanées et les auteurs auraient été induits en

erreur par ces contractions, indûment attribuées par eux à l'excitation du prétendu centre ;

2° Qu'il existerait dans toutes les parties du cervelet et de la moelle épinière des centres de contractions utérines ; que les uns sont constants, que les autres sont irréguliers ;

3° Enfin que l'utérus, comme le cœur, possèderait dans ses parois ou dans ses annexes, des centres propres ; en conséquence, il serait capable de remplir en partie ses fonctions en dehors de toute influence du système cérébro-spinal.

Cette dernière proposition deviendrait de plus en plus vraisemblable d'après les expériences dans lesquelles MM. Golz, Kabiersky, etc., ont détruit partiellement la moelle épinière et celles dans lesquelles M. Rein a pratiqué la section des nerfs sacrés et du plexus aortique, aussi bien que d'après diverses observations cliniques par lesquelles on voit que les femmes atteintes de différentes maladies de la moelle épinière avec paralysie de la vessie et du rectum peuvent accoucher naturellement.

Afin de résoudre cette question, j'ai cru nécessaire de procéder par voie expérimentale pour :

1° Chercher s'il n'existe pas dans l'utérus des points ou des régions dont l'excitation directe par les courants électriques provoque des contractions complètes de cet organe.

2° Dès que ces régions seraient trouvées, démontrer leur indépendance ; autrement dit, établir qu'en les excitant on obtient la contraction de l'utérus entier, lorsqu'il est soustrait à l'influence du système cérébro-spinal et même lorsqu'il est complètement enlevé de l'animal.

Cette dernière méthode de recherches n'a été suivie par aucun auteur, du moins à ma connaissance.

Pour atteindre mon but, j'ai entrepris des expériences sur des lapines, des chiennes, des chattes, des brebis, des génisses et des vaches.

Les animaux étaient tantôt curarisés; tantôt chloralisés, tantôt tués par une piqûre du bulbe, tantôt enfin « *saignés à blanc.* »

Pour comparer les effets du chloral et du curare, j'ai opéré parfois sur les animaux vivants.

L'utérus était toujours mis à nu.

L'appareil à chariot, dont je me suis servi est celui de Siemens et Halske à bobine à fil fin, activé par deux piles de Gaiffe au bioxyde de manganèse et au chlorure de zinc.

Pour le courant galvanique, j'ai employé l'appareil de Stöhrer, avec un rhéostat de Siemens, une boussole de Gaiffe et un commutateur.

Après des expériences sur plus de 120 animaux, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans la paroi antérieure du vagin (inférieure, vésicale) et principalement dans sa partie supérieure, il y a des régions dont l'excitation par le courant électrique provoque des contractions manifestes de l'utérus, surtout chez les lapines; tandis que l'excitation, dans les mêmes conditions expérimentales, soit de la partie postérieure du vagin, soit du col, soit de l'utérus lui-même, ou certains points des ligaments larges, ne donne que des contractions locales, aux points excités et à une distance au delà de 2 à 3 centimètres. — Il n'existe pour ainsi dire pas de plus bel exemple de contraction des muscles lisses, que celles dues à l'excitation des régions susdites.

2° Le même effet s'obtient par le courant galvanique, de telle façon que le pôle négatif donne toujours des contractions plus manifestes que le pôle positif, et que les contractions de fermeture de K sont plus fortes que les contractions d'ouverture de A, de fermeture de A et d'ouverture de K (1).

3° Cette contraction peut être provoquée quelques heures après la mort de l'animal et deux heures et plus après que l'utérus a été enlevé complètement de l'animal, si cet organe est placé dans du sérum sanguin ou dans une solution salée (Cl Na 0,6 °/₀) à 35-40°.

4° De tous les animaux susdits, c'est l'utérus de la lapine qui est le plus excitable par le courant électrique et surtout

(1) K, cathode; A, anode.

un utérus vierge. Chez ces animaux, il suffit parfois d'un courant de $0^m,30$ de distance des bobines pour produire l'effet voulu. L'utérus des chiennes et des chattes est moins excitable et parfois, surtout sur de vieux animaux, leur excitabilité par cet agent devient nulle.

5° Les lapines possèdent deux utérus tout à fait distincts par le rapport au système nerveux: les électrodes portés sur la paroi antérieure à gauche ou à droite ne donne que des contractions de l'utérus correspondant, tandis que l'utérus opposé est en repos.

6° Dès la première période de la grossesse, l'utérus devient de moins en moins excitable par l'agent électrique, pour retrouver un peu plus d'excitabilité pendant le travail. Tout au contraire, l'agent thermique a sur l'utérus, pendant la grossesse, une action plus énergique que dans l'état de vacuité.

7° L'utérus d'un très jeune animal — surtout d'une très jeune lapine, — peut — contrairement à l'opinion de certains physiologistes, — fournir, si l'on excite les mêmes régions susdites, des contractions assez vives.

8° Je n'ai pu remarquer de différence sensible dans l'énergie des contractions utérines provoquées par excitation directe de ces régions: et cela que les animaux soient curarisés ou chloralisés — la dose de curare ou de chloral n'étant pas trop forte — ou qu'ils ne soient pas narcotisés du tout. Au contraire, le curare à forte dose a une influence sur les muscles lisses de l'utérus; il diminue l'énergie de leurs contractions, ce dont j'ai pu m'assurer en injectant peu à peu du curare dans la veine jugulaire. Cette influence est plus efficace sur l'utérus d'un jeune animal.

9° La cause de la divergence d'opinion des auteurs doit être cherchée dans la différence des méthodes appliquées à leurs expériences et des milieux où ils ont expérimenté. — Il est vraisemblable que quelques-uns des expérimentateurs ont attribué à l'effet de l'excitation de la moelle épinière les contractions utérines, provoquées soit par une différence entre la température du milieu et celle de l'utérus, soit par une

action mécanique directe quelconque, comme par exemple le frottement.

Le fait que l'utérus se contracte plus énergiquement et plus constamment par l'excitation de la paroi vaginale que par l'excitation directe de l'utérus même, n'est indiqué par aucun auteur. Bien plus, il résulte de mes expériences que « les contractions de l'utérus sont tout à fait indépendantes du système cérébro-spinal » ; que l'utérus doit posséder dans ses annexes des centres propres. Il faut chercher ces centres — j'ai insisté sur ce point, dans une récente communication faite à l'Académie des sciences — dans la paroi antérieure du vagin.

Bien que les contractions utérines soient indépendantes en elles-mêmes du système cérébro-spinal, on ne saurait nier l'influence que peut avoir l'émotion sur l'énergie des contractions. Nous en avons assez de preuves dans beaucoup d'observations cliniques : pendant la guerre ou pendant les révolutions on observe très souvent des avortements. Scanzoni cite une énorme quantité d'avortements pendant la révolution à Prague. J'ai eu l'occasion, pour ma part, de constater deux cas d'avortement, suivant immédiatement de fortes émotions.

Nous connaissons maintenant des régions dont l'excitation peut toujours provoquer des contractions de l'utérus : nous pouvons donc vérifier les assertions de quelques physiologistes, qui soutiennent que l'utérus d'une jeune lapine ne possédant pas assez de fibres musculaires, ni peut-être de nerfs, ne peut donner de véritables contractions.

M. Cyon rapporte toutes les contractions produites chez ces jeunes animaux à des actions vaso-motrices et leur donne le nom de « Steifung und erblossung » que nous pourrions traduire par « raidissement et pâlissement de l'utérus ». Ces effets, selon l'auteur, n'ont rien de commun avec les véritables contractions produites par l'action des muscles mêmes !

Des expériences très nombreuses faites sur des lapines, depuis l'âge d'un mois jusqu'à celui de la puberté, m'ont conduit à des conclusions tout opposées.

Il est indiscutable que, dans certains cas, les effets vaso-

moteurs sont parfaitement possibles; mais il serait difficile d'expliquer par cette action les phénomènes de contractions tétaniques de l'utérus.

A l'appui de mon opinion, il me suffira d'ajouter que, dans des conditions identiques, on obtient, par l'excitation de la paroi antérieure du vagin, des effets identiques: et cela aussi bien lorsque la circulation est normale, que lorsqu'on a enlevé l'utérus de l'animal tué par « saignée à blanc ».

Kehrer (*loc. cit.* p. 21) a démontré l'existence, dans les fibres musculaires d'une très jeune lapine, de cellules douées de toutes les propriétés des muscles lisses. Il est d'avis même que les contractions de l'utérus chez une jeune lapine non adulte sont aussi énergiques que celles des intestins (*loc. cit.* page 23).

Cet avis est partagé par Frommel.

Quant aux contractions spontanées de l'utérus, admises par beaucoup d'auteurs, je ne veux pas ici entrer dans le détail de la question; j'ai donné mes conclusions à ce sujet, dans une communication adressée à l'Académie des sciences (1). Je dois dire, cependant, que d'après mes études sur l'excitation de l'utérus par différents agents, il n'existe pas de contractions spontanées proprement dites; que toutes les contractions spontanées des auteurs sont dues aux actions soit thermiques, soit mécaniques, par lesquelles l'utérus est très facilement excitable.

Du moment où je crus avoir établi l'indépendance de l'utérus par rapport au système cérébro-spinal, il me fallut rechercher dans quelle couche du vagin sont placés les centres nerveux de l'utérus. Se trouvent-ils dans la couche péritonéale, dans le tissu conjonctif, dans la couche musculaire, ou bien dans la muqueuse?

Déjà il me fallait admettre comme résultat de mes expérien-

---

(1) Dembo. Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences t. XV, n. 25. p. 1294, 1882.

ces, que ces centres sont vraisemblablement situés, ou dans la séreuse, ou bien entre cette membrane et la couche musculaire : dans les cas où j'ai cru — sur des lapines qui avaient déjà porté — réussir à disséquer le péritoine de la couche musculaire du vagin, l'excitation électrique de cette lamelle péritonéale a provoqué des contractions énergiques des deux utérus ; les électrodes portés directement sur les autres couches musculaires n'ont donné que des contractions très faibles.

Depuis quelque temps déjà, j'avais tenté de trouver la confirmation anatomique des phénomènes susdits : je m'étais appliqué en vain à trouver des ganglions dans les régions où mes expériences physiologiques m'en faisaient soupçonner l'existence (1), autrement dit, dans la partie péritonéale du vagin.

Il faut croire qu'il y avait dans ma technique histologique quelque insuffisance ; car ces jours derniers enfin, en employant une des méthodes indiquées par M. Ranvier, pour appliquer le chlorure d'or à l'étude des nerfs et des ganglions, j'ai pu constater — sans pouvoir encore donner actuellement une description détaillée — qu'il existe dans l'épaisseur de la partie supérieure péritonéale de la paroi antérieure du vagin, de nombreux groupes ganglionnaires de différentes dimensions (quelques-unes à une centaine de cellules et plus).

Je suis heureux de pouvoir soumettre à la Société de Biologie quelques préparations obtenues par la méthode que je viens d'indiquer.

Je me réserve d'exposer prochainement, avec les détails qu'ils comportent, tous les faits concernant ce travail et de donner la description histologique de ces ganglions.

Ce travail a été fait au laboratoire de M. Vulpian ; plusieurs expériences ont été faites aussi chez M. Stricker, à Vienne. Les recherches histologiques — au laboratoire d'histologie du collège

---

(1) Dembo. Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, t. XV, n° 25, p. 1294, 1882.

de France. — Les expériences sur des vaches, brebis, etc., ont été faites à l'abattoir de Grenelle.

DES FORMES DE L'ORIFICE UTÉRIN DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA STÉRILITÉ.

Par le docteur Paul LANDOWSKY.

(*Suite*).

TRAITEMENT

On peut dire que le traitement des dernières formes de l'altération de configuration de l'orifice utérin, que nous venons de décrire, est plus simple et beaucoup plus facile que celui des premières formes de ce vice de conformation. Cela se comprend si l'on réfléchit que, dans les défauts de configuration que nous avons décrits sous les numéros 5 et même 4, cette altération est causée par des tissus annexés plutôt que par une diminution de la quantité normale de ces tissus, comme cela a lieu presque toujours dans les formes caractérisées par une configuration circulaire et une étroitesse de l'orifice. Il est toujours plus facile, quand on a une surabondance d'étoffe, d'en ramener les proportions à l'état normal par des excisions ou des opérations de diverse nature, arrivant au même résultat, que de rendre l'orifice suffisamment grand et lui restituer sa forme caractéristique, lorsque les tissus qui l'entourent de tous côtés et en forment les limites se trouvent en défaut au lieu d'être en excès.

TRAITEMENT DE LA CINQUIÈME FORME.

Le traitement doit nécessairement varier d'un cas à l'autre, suivant les altérations de cette forme, suivant les dimensions, la position, la configuration de l'espèce d'opercule qui vient se placer devant l'orifice. Comme spécimen de ce genre, nous pouvons citer l'observation suivante, que M. le professeur Courty a eu l'obligeance de nous communiquer.

Mme A.... (de Toulouse), agée de vingt-sept ans, d'une bonne constitution, d'un tempéramment lympathique-nerveux, réglée à treize ans, assez fortement, sans aucune douleur. Elle s'est mariée à vingt ans, n'ayant éprouvé jusque-là aucune maladie grave. Peu de temps après son mariage, elle devint enceinte.

Les trois premiers mois de cette grossesse se passèrent bien et semblaient présager une terminaison favorable. Malheureusement, une chute faite à la fin du quatrième mois détermina un avortement, n'ayant en apparence et dès le début aucune gravité, mais dont les suites furent assez graves par défaut de soins de la malade, non prévenue de son état.

Elle se leva, sortit de très bonne heure, et entreprit un voyage peu de jours après son avortement. Une métrite subaiguë en fut la conséquence, métrite entretenue par les excès des rapprochements sexuels et fixée particulièrement sur le col, accompagnée d'une leucorrhée tenace, et qui amena en dix-huit mois un dépérissement considérable avec amaigrissement extrême. C'est alors que la malade se confia à son médecin ordinaire, qui institua successivement divers traitements et qui l'envoya, notamment, pendant trois ans de suite, faire de l'hydrothérapie pendant la saison chaude.

Le traitement reconstituant et l'hydrothérapie améliorèrent l'état général de la malade ; mais tout en diminuant d'une manière très notable la leucorrhée, ils ne parvinrent pas à amener la guérison. Deux mois après sa cure hydrothérapique la malade semblait avoir perdu ce qu'elle avait gagné. En même temps, elle avait la certitude d'être toujours malade de la matrice, n'ayant plus eu de grossesse depuis plus de quatre ans que l'accident était arrivé.

C'est dans ces conditions que, sur l'invitation du médecin directeur de l'établissement hydrothérapique où elle avait fait sa dernière cure, Mme A.... vint consulter M. le professeur Courty vers la fin de l'année 1867.

Sa santé générale est dans un état moyen ; mais il persiste une leucorrhée peu abondante, assez visqueuse, produite par l'hypersécrétion des glandules du col. L'ouverture du museau

de tanche laisse entrer aisément un cathéter jusqu'au fond de la cavité utérine ; mais, pour y pénétrer, ce cathéter est obligé, de contourner, à l'entrée même du col, une espèce de petit opercule charnu, développé sur la lèvre antérieure du côté de la commissure droite, paraissant provenir d'une hypertrophie du tissu propre, ainsi que d'un tissu cicatriciel développé entre deux ou trois déchirures plus ou moins profondes, dont les traces se laissent remarquer du côté de cette commissure, et dont on peut attribuer la production à l'introduction des pinces destinées à compléter l'extraction du fœtus et du placenta, au moment de l'avortement. D'une manière absolue, l'orifice semblait perméable du côté gauche, sauf le mucus visqueux qui en diminuait la perméabilité ; mais le prolongement que nous venons de décrire empêchait absolument la pénétration de la semence dans toute la portion droite de ce même orifice, et cet obstacle, s'ajoutant à celui que causait la leucorrhée, avait été évidemment la cause de stérilité qui avait persisté pendant les quatre ou cinq dernières années. M. le professeur Courty déclara à la malade qu'il fallait avant tout faire l'excision de ce lambeau de chair, et modifier par des cautérisations, précédées au besoin par la dilatation au moyen des éponges préparées, l'irritation chronique des follicules, qui entretenaient la leucorrhée.

Le médecin ordinaire de la malade, ne paraissant pas suffisamment édifié sur la cause, fut invité d'assister à l'opération pour s'assurer du changement qu'elle apporterait à la configuration de l'orifice, changement qui suffisait, d'après l'avis de M. Courty, pour faire cesser la stérilité. La malade ayant consenti à subir cette petite opération, elle fut pratiquée huit jours après la menstruation, de la manière suivante :

La paroi inférieure du vagin étant fortement abaissée à l'aide d'un spéculum en gouttière, j'attirai, dit M. le professeur Courty, le col vers la vulve au moyen des pinces érignes convergentes, solidement fixées dans la lèvre postérieure et confiées à un aide qui empêchait l'utérus de remonter. Je saisis alors l'opercule charnu à l'aide d'érignes plus fines, et, ayant

disséqué un petit lambeau de la muqueuse qui le recouvrait, adhérant à sa partie supérieure, j'excisai avec des ciseaux légèrement courbes le prolongement charnu, de manière que la petite plaie résultant de cette excision pût être recouverte par le lambeau de muqueuse, adhérant par son bord supérieur et retombant naturellement sur la partie saignante.

L'opération fut très simple, ne présenta aucune difficulté et ne donna pas lieu à un écoulement de sang qui nécessitât ni application des stiptiques, ni tamponnement. Il fut prescrit à la malade simplement des injections avec de l'eau fraîche, répétées toutes les heures et puis toutes les deux heures de la journée. Bien entendu, immédiatement après l'opération, l'utérus était remonté à sa position naturelle et le spéculum ayant été enlevé, la malade avait été replacée dans son lit.

La cicatrisation n'était pas encore complète au retour des prochaines époques menstruelles, mais elle ne tarda pas à se faire quelques jours après la fin de cette époque. J'ai profité de ce moment pour introduire à diverses reprises, dans la cavité cervicale, un pinceau roulé dans de la poudre de nitrate d'argent, destiné à cautériser les orifices et les cavités glandulaires de la portion cervicale. Après chaque attouchement, la malade prenait des bains émollients entiers, avec injection dans le bain ; elle faisait des injections sur le bidet avec de l'eau additionnée d'une ou deux cuillerées d'amidon, et buvait à ses repas du vin coupé avec parties égales d'eau de goudron et d'eau de Seltz.

Par cette seule médication, peu à peu la leucorrhée disparut complétement, et l'orifice, entièrement découvert par l'excision de l'opercule, devint perméable de toute façon, aucune goutte de liquide ne venant s'interposer entre ses deux lèvres.

Aussi ne sera-t-on pas étonné d'apprendre que, trois mois après le traitement, Mme A... devint enceinte. Cette fois, la grossesse suivit son cours jusqu'à la fin, et la guérison ne s'est pas démentie, car les autres grossesses, également heureuses, vinrent confirmer la certitude de cette guérison.

Madame R.., âgée de trente-quatre ans, ayant eu trois enfants, tous morts en bas-âge, et n'ayant pas eu d'autre grossesse

depuis six ans, c'est-à-dire depuis l'âge de vingt-six à vingt-sept ans, époque de naissance de son dernier enfant, vint nous consulter pour savoir si elle devait renoncer à l'espoir d'être mère. La menstruation, qui s'était établie chez elle à l'âge de treize ans et demi et qui n'avait jamais été troublée, continuait à être régulière, à se faire sans douleur et durant toujours trois à quatre jours, comme antérieurement, et n'étant précédée ni suivie d'aucune perte blanche. Aucun symptôme de dysménorrhée, aucune douleur à l'hypogastre, aux lombes, ni dans aucun autre point de la région pelvienne, ne faisait supposer l'existence d'une maladie utérine. Enfin les trois accouchements antérieurs montraient que l'orifice avait dû être facilement accessible à la pénétration du sperme.

Aussi examinâmes-nous avec d'autant plus de soins la malade, pour découvrir quelle cause avait pu survenir, depuis le dernier accouchement, qui eût rendu la conception difficile.

Il ne fut pas malaisé de découvrir cette cause, après avoir exploré le col par le toucher, l'inspection au spéculum et le cathétérisme.

Nous reconnûmes bien vite que la lèvre postérieure, vers sa partie moyenne, offrait, entre deux déchirures produites par les accouchements antérieurs, une exubérance ou une saillie anormale s'étendant en avant et en haut, de manière à cacher d'abord au regard presque tout l'orifice, dans lequel le cathéter ne pouvait pénétrer qu'en déprimant cette saillie et en la refoulant en arrière.

Comme il n'y avait, d'ailleurs, ni leucorrhée, ni sécrétion de mucus visqueux ou gélatineux, ni étroitesse de l'orifice, on ne pouvait évidemment attribuer la stérilité acquise à d'autres causes qu'à l'altération de forme de ce même orifice, par la saillie anormale de cette portion de la lèvre postérieure. En conséquence, nous proposâmes à la malade d'en faire la résection. La malade ayant consenti, nous fîmes l'opération de la manière suivante :

Le col de l'utérus ayant été attiré en bas vers la vulve par une pince érigne divergente dont les pointes piquaient les com-

missures de l'orifice, et la paroi vaginale postérieure ayant été refoulée en arrière par un spéculum à gorge de moyen calibre, au lieu d'emporter toute la tumeur d'un coup de ciseaux, ce qui peut donner lieu à une cicatrice rétractile et à un rétrécissement de l'orifice, comme nous nous en étions aperçu d'autres fois, nous fîmes sur la partie moyenne de cette saillie, du point le plus profond dans la cavité du col jusqu'à la partie la plus saillante de cette lèvre, une incision intéressant toute la muqueuse et se terminant sur la partie moyenne d'une autre incision transversale, pratiquée sur la partie la plus déclive de la lèvre postérieure, de droite à gauche, et ne dépassant pas non plus l'épaisseur de sa membrane muqueuse.

Nous disséquâmes à droite et à gauche cette muqueuse en deux lambeaux triangulaires, après quoi nous fîmes l'excision de toute la partie du tissu propre de l'utérus, dénudé par cette dissection, et à peu près de la grosseur d'un haricot.

Après avoir fait une injection d'eau froide et abstergé la partie, nous ramenâmes les lambeaux de muqueuse vers la surface saignante et l'un vers l'autre, de manière à en faire rencontrer les bords, que nous assujettîmes par deux points de suture qui n'étaient même pas indispensables.

Nous vîmes avec plaisir que, dès ce moment, l'orifice, débarrassé de cette espèce d'obturateur inférieur, avait repris sa forme normale et sa pénétrabilité. Les pointes de suture furent enlevées le sixième jour, aucun accident n'ayant entravé la réunion des lambeaux ni la cicatrisation. Nous conseillâmes à Mme R. de faire deux fois par jour, matin et soir, des injections dans le bidet avec de l'eau alcaline (15 grammes de sous-carbonate de soude dans 2 litres d'eau).

Plus tard, comme la saison était favorable, nous l'envoyâmes faire une cure à Vichy, en associant l'usage des eaux en boisson deux fois par jour, aux bains de la Grande-Grille, avec injections tous les matins et une douche froide avec réaction, c'est-à-dire de l'hydrothérapie après midi.

Sous l'influence de ce traitement, la résolution du col fut aussi complète que possible, et trois mois ne s'écoulèrent pas,

après la saison à Vichy, que Mme R. me fit part de sa nouvelle grossesse, laquelle se termina heureusement et fut suivie de deux autres, c'est-à-dire de la guérison radicale et durable de sa stérilité.

Comme on peut le voir par les deux observations qui précèdent, le mode de déformation de l'orifice, dont nous nous occupons, nécessite généralement pour sa guérison une opération autoplastique, quelquefois très simple, quelquefois plus compliquée. Il y a presque toujours, par le fait de l'existence d'un opercule plus ou moins irrégulier, formé de l'exubérance du tissu utérin ou du prolongement d'un tissu cicatriciel, excès ou surabondance de tissu, et par conséquent indication à exciser cette partie plus ou moins excédante. Seulement, il n'est pas indifférent d'en faire une excision pure et simple, surtout lorsqu'on se propose d'atteindre par cette excision le but de redonner à l'orifice de l'utérus les dimensions et la conformation normales qu'il a perdues par le fait du développement de cette proéminence charnue. Ainsi, bien que le tissu utérin se reforme souvent, par suite de la tendance reproductive ou régénératrice qui le caractérise, et que, après des excisions ainsi qu'après les cautérisations, on voie ce tissu reproduit en assez grande quantité pour redonner à l'organe un volume quelquefois supérieur à celui qu'il avait auparavant, il ne faut pourtant pas compter sur cette tendance proliferatrice pour obtenir l'effet qu'on se propose, notamment les dimensions voulues et la régularité de l'orifice. Il peut fort bien arriver que la tendance proliferatrice réalise sur un point un excédant de tissu, tout en rétrécissant, par la production d'une certaine quantité de tissu cicatriciel, l'orifice au bord duquel se fait cette régénération.

Aussi faut-il prendre toujours les plus grandes précautions pour ménager les tissus de l'organe autour de l'orifice dont on tient à reproduire les dimensions et la forme normales. C'est ce qui fait qu'au lieu d'exciser simplement dans ce cas, ainsi que dans ceux de la forme semi-lunaire de l'orifice, due à l'hy-

pertrophie partielle d'une des lèvres, une petite pyramide de tissu utérin prise dans l'épaisseur même de la lèvre, comme M. Marion Sims l'a pratiqué et comme M. Courty l'a fait aussi dans le principe, ce dernier praticien a soin de conserver la muqueuse qui participe à la formation de l'orifice et de ne faire porter l'excision que sur le tissu sous-muqueux.

Soit qu'il suffise d'un lambeau de cette muqueuse, soit qu'il faille disséquer deux lambeaux contigus, pour pouvoir exciser au-dessous d'eux une portion de tissu propre pyramidal ou conique, plus ou moins considérable, il a toujours soin de réserver, par cette dissection préalable, toute la muqueuse de l'orifice et des parties voisines, et de ne faire porter l'ablation de tissu que sur les parties sous-jacentes.

Dès lors, la muqueuse adhérant à la plaie qui résulte de l'excision du tissu propre, il n'y a jamais de retranchement de l'étoffe dont l'orifice est formé, et par conséquent cet orifice ne saurait éprouver le moindre rétrécissement ni aucune déformation à la suite de l'opération. C'est une sorte d'autoplastie dont la muqueuse forme les frais, et dont on réserve les éléments en conservant les lambeaux de cette muqueuse, pour ne faire porter le retranchement que sur le tissu sous-jacent, ce qui suffit toujours amplement à découvrir l'orifice obstrué par quelqu'une de ces excroissances charnues.

TRAITEMENT DE LA QUATRIÈME FORME

Le traitement de la quatrième forme vicieuse de l'orifice, c'est-à-dire de l'orifice semi-lunaire, est à de certains égards plus aisé que le précédent. Toutefois ce mode d'altération présente parfois des complications qui peuvent nécessiter des complications correspondantes dans le traitement.

La forme la plus simple est celle dans laquelle une lèvre est légèrement hypertrophiée, l'antérieure si l'on veut, pour fixer les idées, et parce que c'est celle qui est le plus fréquemment atteinte.

Pour cette forme, Marion Sims avait institué un traitement

consistant dans l'excision ou résection d'un lambeau pyramidal, cunéiforme, de la lèvre antérieure, à base inférieure ou interne, à sommet supérieur ou profond.

M. le professeur Courty, qui avait commencé le traitement de cette difformité par l'imitation du procédé de Sims, nous a assuré avoir été bientôt obligé d'y renoncer, un des résultats et des inconvénients à peu près constants de cette résection étant la formation d'un tissu cicatriciel rétractile qui amenait fatalement un nouveau rétrécissement de l'orifice.

On pourrait imiter ici la méthode que nous avons décrite pour le traitement de la forme précédente, c'est-à-dire la résection, en quelque sorte sous-cutanée; d'une partie de tissu propre de l'organe, en conservant avec soin des lambeaux muqueux pour en couvrir la plaie résultant de la perte de substance. Mais il est aisé d'arriver au même résultat, en quelque sorte par un détour, en éveillant dans la lèvre hypertrophiée une activité de travail résolutif qui détermine peu à peu l'atrophie et la ramène (la lèvre) à des dimensions et à la forme se rapprochant de l'état normal, et qui, en tout cas, rendent à l'orifice la capacité d'accomplir ses fonctions. — C'est dans l'application de l'ignipuncture, employée depuis de longues années par M. Courty pour le traitement de la métrite chronique, surtout de la métrite hypertrophique, que ce professeur a trouvé le moyen d'activer le travail résolutif dans la lèvre trop volumineuse et d'en déterminer l'atrophie.

Rien de plus simple que l'emploi de cette méthode, qui ne demande ni longs préparatifs ni des difficultés d'exécution, car elle consiste uniquement dans l'application d'une pointe de feu plus ou moins longue à une partie de la lèvre hypertrophiée, plus ou moins éloignée de l'orifice, et quelquefois dans l'application de deux ou plusieurs pointes au lieu d'une, lorsque à l'hypertrophie partielle s'ajoute, comme cela arrive, une hypertrophie générale plus ou moins considérable. Nous avons vu appliquer ce procédé déjà dans plusieurs cas, les uns plus simples, les autres plus compliqués, où il a parfaitement réussi.

Mme F..., âgée de vingt-trois ans, réglée à quatorze ans, assez abondamment mais sans douleur. Mariée à dix-neuf ans, ayant eu l'imprudence de faire un voyage de noce long et trop agité, elle ne tarda pas à avoir, trois ou quatre mois après, des ménorrhagies qui, s'il y avait eu un retard plus considérable dans l'apparition des règles, auraient pu faire croire à un avortement.

En tout cas, ces hémorrhagies étaient évidemment symptomatiques d'une métrite, surtout du col, causée probablement par l'abus de premières approches sexuelles, ajouté aux fatigues du voyage. La jeune malade, très souffrante de l'hypogastre et des lombes, a dû se soumettre à un traitement rigoureux sous la direction de M. le professeur P., pour attaquer vigoureusement et éteindre dans son germe une inflammation subaiguë qui menaçait de passer à l'état chronique, et se continuer indéfiniment sous cette forme au détriment de la malade.

Des applications de sangsues, de longs bains émollients avec des injections prolongées, des cataplasmes sur le ventre, le repos dans le décubitus horizontal, de légères purgations répétées, amenèrent peu à peu dans les symptômes un amendement d'un heureux augure, concordant avec la disparition graduelle de la maladie. Bientôt le médecin put annoncer à la maladie qu'elle était guérie.

Un seul phénomène qu'on pouvait attribuer à un état morbide, vestige de la métrite effectivement guérie, était la stérilité, qui ne s'était pas démentie chez la malade depuis les pertes ménorrhagiques qui avaient marqué les débuts de la maladie.

M. Courty, ayant été appelé à donner son avis sur la cause de cette stérilité, nous fit constater aisément la forme semi-lunaire, à concavité antérieure, de l'orifice, témoignant d'une hypertrophie partielle de la lèvre antérieure, vestige certain de la métrite du col, probablement cantonnée dans cette même lèvre, ou plus intense dans cette lèvre que dans l'autre. La cause ne paraissait pas douteuse; l'effet, c'est-à-dire l'hypertrophie partielle de la lèvre antérieure, l'était encore moins; et c'est à lui seul qu'on pouvait attribuer le défaut de

conception, aucune autre cause, chez cette jeune malade, jouissant d'ailleurs d'une excellente santé, ne pouvant être invoquée comme propre à empêcher la fécondation.

Le cathétérisme, en soulevant la lèvre hypertrophiée, démontra que son hypertrophie ne s'étendait pas fort loin, dans la cavité cervicale, sur le pilastre moyen du segment antérieur du col.

En conséquence, il fut décidé d'appliquer une pointe de feu, pénétrant de 7 à 8 millimètres dans la partie la plus large de cette lèvre. La lèvre postérieure, amincie et distendue par l'antérieure, qui s'en était en quelque sorte coiffée, ne réclamait aucune espèce de traitement et devait reprendre sa forme normale aussitôt que la lèvre antérieure aurait repris la sienne.

Sept ou huit jours après l'époque menstruelle, M. le professeur Courty, en présence de M. le professeur P., pratiqua cette ignipuncture, sans produire, d'ailleurs, aucune douleur, comme cela arrive habituellement lorsqu'on fait pénétrer la pointe lentement, sans que le spéculum abandonne le col et qu'aucune partie du vagin vienne se rapprocher de la boule du cautère et et en ressentir trop vivement la chaleur.

La malade garda le lit pendant une quinzaine de jours, avec d'autant plus de sévérité que la cautérisation amena peu de jours après une métrorrhagie, à laquelle on était loin de s'attendre.

Cette métrorrhagie obligea la malade d'ajouter au séjour au lit, après avoir laissé passé les premiers jours sans combattre les pertes de sang, des injections réfrigérantes, des applications d'eau fraîche et de glace à l'hypogastre et même dans le vagin, l'administration de perchlorure de fer à 30° sous la forme de 10 à 15 gouttes dans un verre à liqueur d'eau, suivie immédiatement d'une tasse de lait, et enfin l'administration, toutes les six et même toutes les cinq et quatre heures, d'une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Infusion de feuilles de digitale, 0,30 centigrammes dans 125 grammes d'eau.

Ajoutez :

Eau de fleur d'oranger.	25	grammes
Teinture de cannelle.	15	—
Sirop d'éther.	35	—
Extrait de ratanhia	4	—
Sirop de symphyton.	35	—
Ergotine de Bonjean	1	—
Extrait thébaïque.	0,10	centigr.

Mêlez.

Malgré l'abondance de cette perte sanguine, malgré la frayeur et le découragement dans lesquels elle jeta la jeune malade, le rétablissement se fit franchement, et bientôt elle fut en état d'être mise au régime tonique analeptique, secondé par l'usage d'une eau minérale ferrugineuse, ainsi que de quinze gouttes de perchlorure de fer, matin et soir, dans un peu d'eau, immédiatement suivies d'une tasse de lait, et par quelques promenades en voitures et à pied.

M. Courty conseilla ensuite à la malade de faire une saison à Vichy. Il compte, en effet, toujours beaucoup sur l'action résolutive de ces eaux minérales, employées en bains, en injections, en boisson et associées à l'hydrothérapie pour compléter la résolution et l'atrophie de l'organe, dont l'hypertrophie a nécessité l'institution d'un traitement.

Cette cure d'eaux minérales et d'hydrothérapie a obtenu, encore cette fois, un succès complet. Bientôt Mme F. fit savoir qu'une conception avait comblé tous ses vœux; et sa grossesse, qui fut des plus heureuses s'est terminée par la mise au monde d'un garçon bien portant.

Mme G...., âgée de trente ans environ, ayant été réglée à treize ans et demi, assez fortement et sans douleur, mariée à vingt ans. Dans les deux premières années de son mariage elle a eu, à quelques mois d'intervalle l'une de l'autre, deux grossesses s'annonçant bien dès le début, mais malheureusement terminées l'une et l'autre par un avortement. Le premier avortement, qui a eu lieu à trois mois et demi, paraissait avoir été

causé par les secousses et cahots d'une longue course de voiture dans un mauvais chemin. La malade a eu l'imprudence de ne prendre aucune précaution après cet avortement.

Le second avortement, à l'âge de quatre mois et demi à cinq mois, a eu lieu sans qu'on puisse invoquer d'autres raisons que la prédisposition causée par l'avortement précédent et le peu de ménagement que la malade a pris de sa santé, bien qu'elle se gardât de retomber dans les fautes précédentes. Elle eut encore le tort de négliger sa santé après cet avortement; et comme elle était assez endurante et ne se plaignait pas de souffrir, bien qu'atteinte, dès les premiers mois qui suivirent cette fausse couche d'une leucorrhée mucoso-purulente assez forte, et dont elle convient d'avoir beaucoup souffert et s'être trouvée très affaiblie, elle continua à vivre comme auparavant sans prendre plus de précautions.

Sept à huit ans de leucorrhée et de stérilité, qui était encore plus énigmatique, la décidèrent de venir demander conseil à M. Courty.

Les douleurs qu'éprouvait Mme G. se bornaient presque entièrement à des douleurs lombaires un peu élevées et à quelques démangeaisons, particulièrement à la vulve; il s'y joignait des envies fréquentes d'uriner, une constipation opiniâtre, de la dyspepsie, chloro-anémie et un amaigrissement notable.

L'examen démontre aisément une leuchorrée mucoso-purulente, provenant presque exclusivement du col, qui est tuméfié, peu granuleux, mais dont l'orifice assez étendu avait une forme semi-lunaire, à concavité antérieure fortement accusée, lorsqu'on soulevait avec le cathéter la lèvre antérieure ou qu'on éloignait de celle-ci la lèvre postérieure amincie, distendue et coiffant complètement l'autre. Lorsqu'on cherchait à entr'ouvrir l'orifice au moyen d'une pince-érigne divergente, on voyait la cavité du col, au moins sa partie inférieure, couverte de proéminences granuleuses, orifices des glandules du col, qui laissaient sourdre le mucus purulent qui constituait en majeure partie le liquide leucorrhéïque. Craignant que l'inflammation folliculaire ne continuât à produire la leucorrhée si on ne l'atta-

quait pas directement, le col se trouvant suffisamment dilatable malgré l'obstruction produite par la lèvre antérieure, le professeur consacra le premier mois de traitement à promener, à deux reprises différentes à dix jours d'intervalle, des pinceaux humectés et roulés dans de la poudre de nitrate d'argent, sur tous les points de la partie inférieure du col, dont les deux lèvres étaient écartées pendant cette petite opération, à l'aide d'une pince-érigne divergente.

La malade ayant eu ses règles, il fut facile de s'apercevoir, après la fin de ses époques, que la leucorrhée avait considérablement diminué.

Il s'agissait alors d'imprimer aux lèvres, surtout à l'antérieure, fortement hypertrophiée, un travail de résolution suffisant pour les ramener aux dimensions normales.

En conséquence, une pointe de feu d'un centimètre environ fut appliquée sur le milieu de la lèvre antérieure; et au-dessus d'elle, à quelques millimètres à droite et à gauche, deux pointes de feu moins importantes furent pratiquées pour ajouter leur action complémentaire à l'action principale de la première. Deux autres pointes de feu, de moindre importance aussi que la première furent appliquées à la lèvre postérieure, au voisinage des deux commissures de chaque côté. Leur but était d'abaisser, par la rétraction d'un tissu cicatriciel, dont la formation était provoquée, les extrémités si relevées de la lèvre postérieure. D'un autre côté, par les trois pointes placées sur la ligne médiane de la lèvre antérieure, si volumineuse dans le milieu, on devait espérer de produire un tissu cicatriciel assez rétractile pour élever fortement la partie moyenne de cette lèvre, l'éloigner de la postérieure et rendre béant l'orifice utérin, obstrué depuis la métrite hypertrophique provoquée et entretenue sur le col par le second avortement.

La malade se trouvant dans le département de l'Aveyron, non loin des eaux d'Andabre, dont l'alcalinité est puissante, il lui fut prescrit de passer une saison dans ces eaux, employées en boisson matin et soir pendant une trentaine de jours, tandis que la malade faisait le matin de l'hydrothérapie générale,

allait prendre après midi un bain avec injection aux eaux voisines alcalino-ferrugineuses de Sylvanés, et buvait à ses repas l'eau ferrugineuse de Cayla coupée avec du vin.

Deux mois après la saison, l'orifice parut suffisamment désobstrué pour permettre la fécondation. Le professeur engagea seulement la malade, si ce résultat se faisait trop attendre, à faire faire, par son médecin ordinaire, alternativement des applications de glycérine et d'onguent napolitain sur le col, et à faire usage des laxatifs assez souvent répétés.

A peine quatre mois s'étaient écoulés qu'une grossesse vint confirmer la sûreté de la guérison. Elle arriva à terme et fut suivie d'un accouchement d'une petite fille bien portante.

On pourrait multiplier ces observations ; car, suivant que l'hypertrophie considérable du col coïncide avec cette forme semi-lunaire de l'orifice, suivant qu'elle se prolonge plus ou moins en long, en large ou dans l'intérieur de la cavité du col ; suivant qu'elle porte davantage sur le tissu musculaire ou tissu propre, ou bien sur la muqueuse, sur les follicules, dont un certain nombre peut s'oblitérer et donner lieu aux « œufs de Naboth », on peut associer à l'ignipuncture d'autres procédés plus ou moins propres à combattre telle ou telle complication. Ainsi, l'excès d'hypertrophie du tissu propre ou musculaire peut décider à employer des pointes de feu plus fines et plus profondes, ou même d'y associer l'excision d'une partie du tissu exubérant. L'hypertrophie de la muqueuse et de ses glandes peut indiquer de faire la dilatation de l'orifice par les éponges préparées, recouvertes par la pommade à l'extrait de belladone (1 gramme sur 5 grammes d'axonge) et accompagnée de pansement à la glycérine. Elle peut exiger ensuite une scarification plus ou moins profonde, portant surtout sur les follicules, qu'on cherche à diviser dans toute leur étendue pour que le caustique, porté par un pinceau fin, pénètre dans les cavités de ces follicules, ou même leur scarification par des véritables raies de feu, en ayant bien soin, comme nous l'avons vu faire par M. le professeur Courty, de protéger la lèvre opposée par une très large curette

de Récamier, formant gouttière, dans laquelle le cautère peut se mouvoir librement sans exercer la moindre influence sur la lèvre et sur le tissu qui ne sont pas directement attaqués.

DÉMONSTRATION DU MÉCANISME ET DE L'APPLICATION DE L'APPAREIL DU Dr VERRIER, POUR LE REDRESSEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES.

M. le Dr E. Verrier, préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de médecine, a montré à nos élèves réunis dans notre clinique de la rue de Savoie, le 11 décembre dernier, l'appareil primitif dont il avait démontré la supériorité sur les autres modes de redressement au Congrès médical international de Londres en 1881.

Son appareil, tel qu'il est établi est surtout utile à la démonstration, mais nous savons qu'il a commandé sous nos yeux un autre appareil perfectionné pour le même usage, lequel donnera les mêmes excellents résultats et méritera à tous égards le nom d'appareil perfectionné pour le redressement des déviations utérines que lui a donné M. Verrier.

Partant de ce principe qu'une fois la réduction obtenue par n'importe quel procédé, il faut à tout prix supprimer le moindre effort de la part de la femme pour obtenir le maintien définitif de la réduction, M. Verrier a imaginé cet appareil qui remplit toutes les indications nécessaires.

En effet, comme il l'a expliqué à son auditoire, si on considère le mode de suspension anatomique de l'utérus, sa mobilité, le tassement irrégulier des anses intestinales qui forment autour de cet organe à l'état normal une sorte de niche dans laquelle l'utérus se trouve comme enchassé, on comprendra l'importance d'un mécanisme qui, supprimant tout effort, laissera aux anses intestinales, déplacées par la position déclive du corps sur l'appareil, la possibilité de reprendre autour de l'uté-

rus désormais redressé, la place qu'elles occupaient avant la déviation.

D'un autre côté, cette masse intestinale s'oppose à la réduction spontanée, en pesant de tout son poids sur la face postérieure de l'utérus, devenue supérieure par suite de l'antéversion, et, au contraire, en portant toute sa charge sur la face antérieure de l'organe devenue supérieure par le fait de la rétroversion. De même que dans la chute au prolapsus de l'utérus, le poids des intestins portant sur le fond de la matrice abaissée s'oppose à son élévation et augmente par cela même le prolapsus si on n'y remédie.

— Déplacer facilement cette masse intestinale, redresser l'utérus, s'opposer à tout effort qui tendrait à empêcher la matrice de reprendre sa place dans sa niche naturelle et rendre la tonicité aux tissus et aux ligaments par un traitement général et local, pour empêcher ultérieurement la reproduction de la déviation, tel est le but que s'est proposé M. Verrier en inventant son appareil.

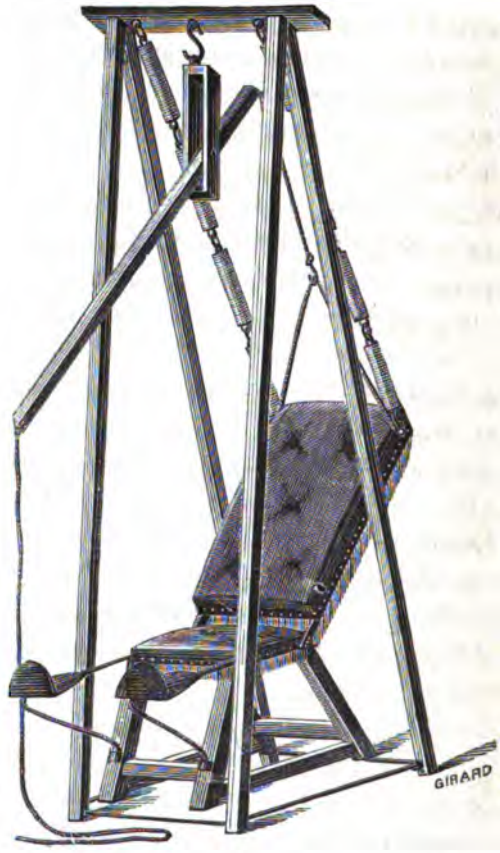
De nombreux succès sont venus déjà confirmer la bonté de la méthode; M. Verrier en a publié un certain nombre dans divers recueils périodiques; aujourd'hui, il ne les compte plus, et, sauf les cas où l'utérus est retenu dans sa position vicieuse par l'ancienne adhérence pathologique, on peut dire qu'elle réussit toujours.

Description de l'appareil.

L'appareil se compose d'une plate-forme de 42 centimètres de largeur sur 33 de profondeur, rembourrée et capitonnée pour éviter le glissement de la malade. Cette plate-forme s'élève perpendiculairement au-dessus du sol, de 64 centimètres; les pieds vont en s'écartant pour donner à l'appareil une large base de sustentation.

A la plate-forme est adapté un dossier mobile, en arrière, pouvant se renverser jusque près du sol, comme on peut le

voir dans la figure ci-jointe. Le dossier est aussi rembourré et capitonné. Sa hauteur, prise de la plate-forme, est de 70 centimètres, sa largeur de 45 centimètres. Le dossier renversé forme avec l'horizontale des angles de toutes les dimensions, suivant les besoins de l'opérateur.



Sur les pieds de devant de la plate-forme sont des attentes pour supporter des étriers, à l'instar de ceux qui existent sur les fauteuils à spéculum.

Autour de cet appareil, et l'encadrant en quelque sorte, se trouve un portique formé de quatre montants en bois ronds ou équarris, dont deux, ceux de face, de 2 m. 50 de haut, sont

presque perpendiculaires au sol, et deux, obliques en arrière, d'une hauteur de 2 m. 70, donnent de la solidité aux premiers. Ceux-ci sont écartés des premiers à leur base de 1 m. 22; en haut, ils viennent former avec eux un angle presque aigu pour supporter un plateau transversal de 80 centimètres de long sur 20 de large.

Les montants du portique traversent le plateau et sont boulonnés solidement à la partie supérieure. En bas, en contact avec le sol de la chambre, ils sont séparés les uns des autres, devant et derrière, par un écart de 90 centimètres, de telle sorte que le rectangle formé par leur base est de 1 m. 22 sur 0.90.

Ces quatre montants sont en outre reliés entre eux, deux à deux, par quatre tringles de fer forgé qui complètent la solidité de l'appareil en lui laissant sa mobilité, sa facilité de transport et la possibilité de le démonter à la volonté du médecin.

Le plateau supérieur, ou ciel de l'appareil, porte trois forts pitons : 1° les deux pitons excentriques, celui de droite et celui de gauche, supportent deux chaînes à ressort formés de quatre boudins de 32 centimètres chacun de longueur, et d'une force calculée pour supporter le poids du corps; 2° le piton central est destiné au support d'un bras de levier du premier genre dans le fonctionnement duquel la résistance est représentée par le dossier de l'appareil augmenté du poids du tronc de la malade; le point d'appui est le piton lui-même, vissé dans le plateau ; enfin, la puissance se trouve dans la main même de la malade, qui, à l'aide d'une petite corde correspondant à l'extrémité la plus longue du bras de levier, peut, dès le redressement de l'utérus opéré, reprendre, sans le moindre effort, sans la moindre secousse, la position verticale.

Quant à l'extrémité la plus courte du bras de levier, elle est reliée à la partie supérieure du dossier mobile par une autre cordelette en forme d'Y renversé, comme on peut aussi le voir dans la figure.

Mode d'emploi de l'appareil.

Etant donnée une antéversion, après avoir vidé la vessie et le rectum, la malade sera assise sur l'appareil, dans la position ordinaire, les pieds dans les étriers, le siège au bord de la plate-forme et la débordant un peu, le dos appuyé au dossier mobile qui, immédiatement, descendra en arrière et ne tardera pas à placer la tête de la malade sur un plan inférieur à celui de la plate-forme où repose le siège.

Dans cette situation, la masse intestinale étant reportée vers le diaphragme et ne pesant plus sur l'utérus, celui-ci se redressera spontanément sous l'influence de la pression atmosphérique et du rétablissement de son centre de gravité, sans que le chirurgien ait à intervenir pour aider au redressement qu'il n'a la plupart du temps qu'à constater.

Si son intervention devenait nécessaire par la résistance de quelques adhérences, d'une accumulation de fèces que n'aurait pas entraînées le lavement ou de tout autre motif, le doigt placé, soit dans le cul-de-sac antérieur du vagin, ou mieux dans le cul-de-sac postérieur, suivant les cas, pour prendre son point d'appui sur le col, suffirait toujours à la manœuvre.

Une fois la réduction opérée, la malade qui a saisi la petite corde et limité sa descente, opère sans effort le redressement du tronc, avec aussi peu de force qu'il en faut pour tenir une plume.

Grâce à ce procédé de redressement que n'avaient encore réalisé aucune des tentatives de ce genre, la masse intestinale qui, sous l'influence de la position, avait abandonné la région hypogastrique pour se porter sur le diaphragme, vient prendre sa position normale autour de l'utérus, désormais redressé, et lui constituer de nouveau cette loge anatomique creusée, pour ainsi dire, au milieu des anses intestinales elles-mêmes qui s'opposeront physiologiquement dans l'avenir à un nouveau déplacement de l'organe sans cause pathologique.

— Si nous avons affaire à une rétroversion, on donnera à la malade sur l'appareil la position *genu-pectorale*, c'est-à-dire

que tandis que les genoux seront réunis sur la plate-forme, la poitrine sera en contact avec le dossier mobile, lequel descendra comme dans le cas précédent. A peine sera-t-il arrivé au bout de sa course, que les intestins auront déjà quitté la région pelvienne pour se porter vers le diaphragme et que l'utérus, soulagé du poids de ceux-ci, se sera redressé spontanément ou aidé du doigt du chirurgien.

Cette fois, la malade ayant la face tournée en arrière, ce sera le chirurgien qui redressera l'opérée à l'aide de la plus minime traction sur la cordelette de même qu'il en aura limité la descente. Un petit banc placé dans ce cas aux pieds de l'appareil servira à la femme pour reprendre la station verticale sans avoir à faire aucun mouvement tendant à déplacer de nouveau l'utérus.

En définitive, grâce à cet appareil qui supprime tout effort de la part de la malade comme l'a parfaitement démontré M. Verrier, la reproduction immédiate du déplacement est impossible et quand la réduction est obtenue, elle est la plupart du temps définitive.

M. Verrier dit avoir été obligé quelquefois de répéter la manœuvre plusieurs jours de suite, mais il ajoute que, dans ces cas de mobilité extrême de l'organe utérin, il est facile de le fixer dans sa position nouvelle à l'aide d'un pessaire anneau. Puis aidée d'un traitement tonique général et d'astringents locaux la réduction ne tarde pas à devenir définitive et on peut dès lors enlever le pessaire.

Il n'y a d'exception à cette règle, pour le redressement des déviations utérines, que les cas compliqués d'adhérences serrées car alors la déviation est toujours incurable, il serait même dangereux de tenter trop fortement la réduction et la contention deviendrait irrationnelle.

M. Verrier nous a encore dit, avec la plus grande bonne foi, que son appareil ne saurait convenir aux flexions de l'organe.

Plusieurs fois, dans des cas de flexions, M. Verrier aurait obtenu des résultats, mais ces résultats ne se seraient pas maintenus, parce que, comme il le dit avec raison, il existe au ni-

veau de la flexion *une altération profonde préexistante ou consécutive du tissu propre de l'utérus* qui ne permet pas à l'organe de conserver la position normale qui lui a rendu l'appareil. Le tuteur galvanique intra-utérin de Courty serait le seul moyen contentif qui, une fois le redressement opéré, pourrait s'opposer à la reproduction de la flexion ; mais M. Verrier le repousse, parce qu'il le considère, la plupart du temps, comme dangereux. Il se borne donc, avec son appareil, comme il l'a expliqué devant nous, à la cure radicale des antéversions et des rétroversions, il néglige même les latéroversions et nous trouvons, en effet, que l'appareil de M. Verrier, bien que son action soit limitée, est appelé à rendre de grands services en gynécologie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1882. Présidence de M. Labbé.

DES FISTULES RECTO-VAGINALES.

M. Monod. — Avant les vacances, je vous ai parlé d'une jeune fille atteinte de fistule recto-vaginale, que je me proposais de traiter. J'ai fait cette opération ; la malade est aujourd'hui guérie, et je viens tenir la promesse que je vous ai faite, en vous faisant connaître son histoire.

Sa fistule était consécutive à un abcès ; elle rentrait dans la classe des fistules recto-vaginales inférieures, presque recto-vulvaire ; on l'avait traitée par des cautérisations successives, et par tous les moyens anodins par lesquels on commence habituellement le traitement de cette variété d'affections. Le résultat ayant été nul, je laissai de côté tous ces procédés.

Ma première tentative consista dans l'avivement des bords de la

fistule et la réunion des surfaces cruentées. J'avoue que je fis cette opération sans grand espoir de réussite. Mes fils à suture devant traverser la cloison recto-vaginale, sans pénétrer dans le rectum, l'orifice rectal de la fistule restait béant, accessible aux gaz et aux matières, dont la présence était un obstacle à la guérison.

C'était l'opinion de mon collègue Reclus, à qui je parlai de la malade ; je savais aussi que c'était l'opinion de M. Verneuil. L'événement leur donna raison ; la malade ne guérit pas, elle ne retira d'autre bénéfice de l'opération qu'un très léger rétrécissement de sa fistule.

Je recommençai de la manière suivante : J'introduisis à froid, dans la fistule, une anse galvanique, puis je la portai au rouge, de façon à cautériser tout le trajet, espérant le modifier suffisamment pour que ses parois pussent se cicatriser.

Le résultat, cette fois, fut déplorable, le fistule augmenta d'étendue.

C'est alors que je fis une troisième tentative, qui, cette fois, fut suivie de succès. Je passai une sonde cannelée dans la fistule, j'incisai toute la hauteur du périnée, ce qui donna lieu à la formation d'une plaie énorme, et je pratiquai l'opération de la périnéorraphie.

Dix jours après, j'ôtai les fils à suture et la malade était guérie.

Ce procédé a déjà été employé, et le succès que je rapporte ne fait que confirmer l'excellence de la méthode. Parmi les auteurs qui l'ont mise en usage, je citerai Ricord, qui l'a employée deux fois ; Dolbeau, Demarquay qui n'a réuni par la suture que les parties profondes, la cloison recto-vaginale, laissant l'incision périnéale se guérir d'elle-même ; Simon, de Rostock, Baker Brow ; enfin, l'année dernière, MM. Le Dentu et Labbé.

Ce procédé peut donc être considéré comme une ressource précieuse pour le traitement des fistules recto-vaginales.

M. Desprès. — Je serai parfaitement d'accord avec M. Monod, s'il veut bien considérer sa fistule comme une fistule recto-vulvaire et non comme une fistule recto-vaginale. Le procédé qu'il préconise ne s'applique pas à ces dernières.

M. Labbé. — Je ne souscris pas à l'observation de M. Desprès et je m'appuie, pour dire cela, sur le cas qui m'est personnel. Lorsque, chez ma malade, j'ai eu incisé le périnée, je me suis trouvé en présence d'une plaie identique à celles que l'on observe à la suite des

accouchements produisant la déchirure de la cloison à une grande profondeur. La réparation a donc dû s'étendre sur la cloison, ce qui n'aurait pas eu lieu si la malade n'avait eu qu'une fistule recto-vulvaire.

M. Monod. — Les fistules recto-vulvaires sont des fistules en quelque sorte sous-cutanées, pour la guérison desquelles il suffit d'un coup de bistouri mettant à nu le trajet sous-cutané. Les choses étaient tout autres chez ma malade ; il m'avait fallu intéresser la cloison dans une hauteur telle, que la guérison n'était possible qu'après une périnéorrhaphie complémentaire. Je reconnais, d'ailleurs, que la distinction entre ces deux variétés de fistule est quelquefois difficile, lorsque l'orifice antérieur est placé au niveau du point de séparation de la vulve et du vagin.

M. Desprès. — Cette difficulté ne me paraît pas si considérable ; il suffit de se rappeler que l'hymen établit la ligne de démarcation entre la vulve et le vagin. Si l'orifice antérieur est au-dessus de l'hymen, la fistule est recto-vulvaire ; si cet orifice est au-dessous, la fistule est recto-vaginale.

(*La Semaine médicale*).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

DEUX CAS DE RUPTURE UTÉRINE. — DORSETT.

La rupture utérine, dans l'immense majorité des cas, se termine en quelques heures par la mort, si une intervention rapide et hardie n'a pas été faite.

Les deux cas de rupture utérine auxquels nous venons de faire allusion nous ont paru être des plus intéressants, à cause de la marche particulière qu'ont affectée les conséquences de ce grave accident.

Dans le premier fait rapporté par Dorsett, il s'agit d'une multipare âgée de 40 ans qui, six semaines auparavant, étant enceinte, avait subitement senti, en faisant un effort, une violente douleur dans l'abdomen : immédiatement après il se produisit une hémorrhagie vaginale très abondante. Les mouvements de l'enfant cessèrent tout à fait à partir de ce moment ; la femme se releva peu à peu du choc,

mais resta très faible et elle s'éteignit six semaines à peu près après l'accident.

L'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin, et démontra l'existence d'une large déchirure siégeant sur le fond de l'utérus; par cette déchirure s'étaient engagés la tête et le bras droit de l'enfant qui étaient tous deux situés complètement en dehors de la cavité interne. Le pied droit était pendant à travers le canal cervical. L'enfant était complètement macéré.

Ainsi voilà un cas de rupture complète du fond de l'utérus avec issue d'une partie du fœtus dans la cavité péritonéale; et cependant la mort n'est survenue qu'au bout de six semaines. N'avons-nous pas quelque droit de dire que si un semblable fait venait à se présenter à nous, nous ne devrions, en aucune façon, imiter la conduite du docteur américain aux soins duquel la malheureuse, dont l'histoire précède, avait confié sa vie. Dans un pareil cas, l'expectative est une faute, il faut, sans hésiter, intervenir, et le meilleur mode d'intervention nous paraît être la gastrotomie.

Voici le second fait de rupture utérine rapporté par *Baer* à la Société obstétricale de Philadelphie.

Il s'agit d'une multipare habitant l'Irlande qui, cinq ans auparavant, reçut pendant sa grossesse une contusion très forte de la paroi abdominale, contusion qui ne s'accompagna, du reste, d'aucune plaie. Le médecin qui fut mandé reconnut l'existence d'une rupture utérine avec issue du fœtus dans la cavité péritonéale. Cette femme émigre en Amérique au mois d'octobre 1881, et vient demander les soins du Dr Goodell qui reconnaît l'existence d'une septicémie; l'examen local montra la présence d'une masse d'os dans la cavité utérine; et il était probable qu'une partie de l'enfant était contenue dans un kyste qui se continuait avec l'utérus dont le col était dilaté et donnait passage à un écoulement purulent contenant des fragments d'os. La malade revint à la santé.

(Revue Médicale Française et Etrangère).

REVUE DE LA PRESSE

PÉRITONITE ENKYSTÉE, TRAITÉE PAR LE DRAINAGE ET LES INJECTIONS ANTISEPTIQUES,

par P. E. Launois, interne des hôpitaux.

La nommée R... (Julia), âgée de cinq ans, est entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Pauline, n° 24, service de M. le Dr de Saint-Germain, le 24 février 1882.

Cette enfant a été malade à plusieurs reprises dans son jeune âge; elle a été nourrie au sein pendant vingt-six mois ; elle a eu la rougeole à deux ans et demi, et quelques mois plus tard une ophtalmie pour laquelle elle est restée pendant six semaines à l'hôpital. Elle a été placée en garde depuis deux années.

La mère nous raconte que l'un de ses enfants est mort, avec des convulsions, quelques jours après sa naissance; qu'un fils âgé de 17 ans est en ce moment malade à Saint-Louis : elle nous dit enfin que son mari est mort à l'hôpital Beaujon d'une phthisie galopante, après vingt jours de maladie.

Etant allée voir son enfant le 25 décembre 1881, la mère la trouve très souffrante : on lui apprend que depuis plusieurs jours l'enfant a eu des vomissements et de la diarrhée. Un médecin est appelé et fait craindre une fièvre typhoïde. Mais le ventre ballonné et tendu est très douloureux; l'enfant se plaint surtout de douleurs vives au niveau de l'ombilic. On applique sur l'abdomen des cataplasmes laudanisés, et, le 8 janvier, un vésicatoire à la partie inférieure au-dessus du pubis ; on donne en même temps des lavements avec deux gouttes de laudanum.

Dès le troisième jour de la maladie, l'état général est devenu mauvais; la petite malade avait pâli et beaucoup maigri; ses yeux s'étaient excavés ; le sommeil était toujours très agité. L'enfant mangeait cependant assez volontiers et ne vomissait plus; elle avait trois selles par jour et celles-ci étaient très odorantes et très liquides.

En examinant la petite malade au moment de son entrée à l'hôpital, le 24 janvier, on trouve une tuméfaction cons.dérable de la partie moyenne du ventre, qui forme une masse globuleuse : les flancs

ne sont pas étalés. Il existe en même temps une dilatation très accusée du réseau veineux sous-cutané. La palpation permet de reconnaître une tumeur molle et fluctuante; la sensation de flot est très facilement perceptible. En percutant on trouve de la sonorité sur les côtés et à la partie supérieure de l'abdomen. La matité occupe toute la partie moyenne : elle s'étend, dans le diamètre vertical, d'un point situé à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'au pubis; sur les côtés elle dépasse de trois centimètres le bord externe des muscles droits. Elle ne se déplace pas quand on varie la position de la malade.

La pression et la palpation sont très douloureuses, surtout au niveau de la partie inférieure de l'abdomen. Il existe entre l'appendice xiphoïde et la tumeur une dépression, de la longueur de 5 centimètres, qui donne au ventre un aspect particulier.

L'ombilic au lieu d'être déprimé, comme à l'état normal, forme une petite saillie rougeâtre, dépressible, mais reprenant tout de suite sa forme conique. A 6 centimètres au-dessous de cette saillie, la paroi abdominale est, elle aussi, le siège d'un empâtement et d'une rougeur, limitée par un bord légèrement saillant. Au dire de la mère, cette rougeur n'est apparue que depuis quelques jours.

L'état général est celui que nous avons indiqué plus haut : le facies est grippé ; l'enfant peut à peine parler; elle pousse de temps en temps de petits cris plaintifs, surtout quand on la remue. Elle ne vomit pas : les selles sont demi-liquides. La température est de 38,5. Le pouls est petit et fréquent.

En présence de ces symptômes, on ne pouvait songer, à cause de l'âge, à un kyste suppuré, et le diagnostic était surtout à faire entre une péritonite enkystée idiopathique et un phlegmon prépéritonéal. La nature du liquide avait même été diversement interprétée : la sensation si nette de flot pouvait faire croire à un épanchement séreux ou séro-purulent : mais l'état général, l'empâtement de la partie inférieure de la paroi abdominale permettaient d'affirmer la présence d'un liquide franchement purulent.

Tout dans les antécédents héréditaires tendait à faire regarder une affection tuberculeuse du péritoine ou des ganglions comme la cause première de cette collection purulente. L'enfant ne toussait pas ; la respiration était normale des deux côtés. On trouvait toutefois sur le côté droit du cou une série de ganglions engorgés.

Des cataplasmes sont appliqués sur le ventre et on fait des ponctions avec l'onguent mercuriel.

La température s'élève bientôt à 39°; l'état général est de moins en moins bon.

Se ralliant à l'idée d'une péritonite circonscrite, M. de Saint-Germain fait le 8 février, au lieu d'élection du côté gauche, une ponction à l'aide d'un trocart. Il s'écoule 1,800 grammes d'un pus verdâtre, filant, très épais, sans grande odeur. La viscosité était telle que vers la fin il ne s'écoulait que très difficilement par la canule, malgré les pressions exercées avec prudence sur l'abdomen.

Le soir, l'état général de l'enfant s'était relevé : elle avait pu manger un peu ; le ventre était souple ; la paroi ne présentait pas d'induration. L'ombilic s'était affaissé.

Mais, avec la fièvre, la tumeur réapparut bientôt : le 10 au soir le thermomètre, placé dans l'aisselle, marquait 39,2. Le ventre avait repris sa forme globuleuse.

Le 12 février, après avoir chloroformé l'enfant d'après la méthode sidérante, on fait une incision sur la partie latérale gauche de l'abdomen, sur le trajet de la ligne qui unit l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'incision faite à droite de l'ombilic à 6 centimètres en dehors intéresse toute l'épaisseur de la paroi abdominalle. On introduit une sonde cannelée d'un assez fort calibre et une seconde incision est faite sur la pointe de la sonde qu'on poussait contre la paroi. On fait ressortir son extrémité dans un point absolument opposé à l'orifice d'entrée. Un gros tube rouge à drainage est ensuite passé très facilement à l'aide d'un stylet aiguillé. Il s'écoule, cette fois encore, une quantité considérable de pus qui présentait les mêmes caractères que celui obtenu par la ponction : sa viscosité était moindre cependant.

Plusieurs lavages furent faits avec une solution boriquée à 3,5 pour cent, qu'on avait fait tiédir au bain-marie.

On exerce sur le ventre quelques pressions légères et quand le liquide injecté s'écoule absolument clair, on applique un pansement de Lister. Celui-ci est maintenu en place à l'aide de bandes de gaze phéniquée, renfoncée de circulaires faites autour du bassin à l'aide de bandes de flanelle. Ce pansement comprimait légèrement l'abdomen.

La température du soir n'était plus que de 37,2. L'enfant ne se

plaignait plus : elle avait mangé le matin même et n'avait pas vomi (bouillon, œuf, potion de Tood).

L'amélioration s'accentue rapidement : l'amaigrissement cesse et les joues reprennent leur couleur.

Le 15. Le pansement est changé : il s'est écoulé un peu de pus : on recommence les lavages à l'acide borique tiède. Le ventre est souple ; la pression ne détermine plus aucune douleur ; la partie située au-dessus de l'ombilic est encore un peu sensible.

Le dixième jour on pouvait enlever la moitié du drain et ne laisser qu'une ouverture.

La suppuration étant de moins en moins abondante, la portion de tube qui restait est enlevée à son tour et dans les derniers jours du mois de février l'enfant pouvait se lever.

Elle quitta l'hôpital complètement guérie le 9 mars après quarante-quatre jours de séjour.

Cette observation nous a paru intéressante à deux points de vue : le diagnostic différentiel était assez difficile ; le traitement employé avait une grande importance.

L'existence des péritonites circonscrites, admises depuis le Mémoire de Baizeau (*Archives générales de médecine*, 1874) et la thèse de Gauderon (*De la péritonite aiguë idiopathique des enfants*, 1876), a été mise en doute dans ces derniers temps. Dans un des derniers fascicules du traité de pathologie de Duplay (tome V, fascic. 4, p. 769) on peut lire que « le diagnostic sera souvent d'une extrême difficulté, qand il s'agira de distinguer le phlegmon sous-péritonéal d'une péritonite purulente enkystée, et il est vraisemblable, d'après l'analyse des observations, qu'un très grand nombre de faits, considérés comme des exemples de péritonites ouvertes à l'ombilic, se rapportent en réalité à des phlegmons sous-péritonéaux. »

Pour justifier notre diagnostic de péritonite enkystée, nous pourrions reproduire ici les conclusions de Gauderon, et si nous rapprochons notre observation de celles qu'il a publiées, nous retrouvons chez notre petite malade un signe presque caractéristique pour cet auteur, la saillie de l'ombilic et la tendance du pus à se faire jour par cette voie. De plus, la fréquence du phlegmon de la paroi est beaucoup plus grande chez l'adulte, et en particulier chez la femme, que chez l'enfant. Chez ce dernier, en effet, le fascia sous-péritonéal fait défaut ou n'est guère développé ; c'est du moins ce qu'il résulte des dissections nombreuses de Gauderon.

L'abondance du pus, dont la quantité atteignait presque 2 litres, ne pouvait être invoquée en faveur de la péritonite enkystée, car les phlegmons prépéritonéaux peuvent déterminer une suppuration très grande. Mais l'examen du ventre après la ponction, la disparition de l'empâtement de la paroi, et sa souplesse quand la tumeur s'était reproduite, nous étaient d'un grand secours.

En admettant même que notre diagnostic puisse laisser quelques doutes, nous pouvons dire que le mode de traitement choisi eût été le même si l'existence de la péritonite enkystée eût été plus certaine. En se basant en effet sur les résultats obtenus dans les affections des séreuses par la grande majorité des chirurgiens qui ont eu recours au traitement antiseptique, on était en droit d'ouvrir largement, de drainer et de laver une collection purulente enkystée du péritoine. Il y a bien longtemps que Ravaton avait indiqué ce mode de traitement dans sa *Pratique moderne de la chirurgie*, Paris, 1776. Dans les cas de plaie de petite étendue et quand des accidents de péritonite surgissaient ou existaient déjà au plus haut degré, il n'hésitait pas à dilater les plaies, à faire des contre-ouvertures et à faire des injections intra-abdominales qu'il recommandait jusqu'à trois fois par jour. Depuis, Kœberlé (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1867), Nussbaum (*Die drainagirung der Bauchhöhle und die intrapéritonéale injection*) ont eu recours à cette méthode.

On a même été plus loin et, dans ces dernières années, on a proposé les lavages comme mode de traitement de la péritonite généralisée.

En 1875, M. Netter faisait paraître un mémoire sur les injections d'eau dans la cavité abdominale comme traitement de la péritonite aiguë. Wegner a relaté, dans un travail inséré dans les *Archiv für klinische chirurgie von Langenbeck* (Berlin 1876), les expériences qu'il a faites sur les animaux. Sanderson, en 1876, a publié aussi dans le *Journal de physiologie et d'anatomie* de Ch. Robin les résultats d'expériences du même genre. Dans une thèse récente, soutenue en mai 1881 et intitulée : *Contribution à l'étude du traitement de la péritonite aiguë*, M. Mosimann a résumé les travaux publiés sur ce sujet et est arrivé, après de nouvelles expériences, à la conclusion suivante : Etant donnés deux animaux, atteints tous les deux de péritonite, si l'on injecte à l'un de l'eau tiède de manière à diluer le liquide exsudé et qu'on abandonne l'autre sans traitement, l'opéré guérit, tandis que le second succombe infailliblement.

Nous ne croyons pas que les injections intra-abdominales puissent être utiles dans le traitement de la péritonite généralisée, alors que les anses intestinales et les feuillets du péritoine sont accolés par l'exsudat. Le liquide injecté ne pourrait entrer du reste que très difficilement. Mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de péritonites enkystées et le drainage suivi d'injections antiseptiques est un mode de traitement très rationnel. La solution d'acide borique tiède peut être employée surtout chez les enfants.

(*La France médicale*).

KYSTE HYDATIQUE SITUÉ DANS L'ÉPAISSEUR DE LA PAROI UTÉRINE ET L'ESPACE DE DOUGLAS, COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT, par M. BRILL

On amena à la clinique du professeur Sazarewitsch (Russie) une femme en travail depuis quatre jours. On pouvait constater une tumeur occupant la partie postérieure du col et l'espace de Douglas; la tête de l'enfant était immobilisée; la craniotomie fut jugée indispensable et pratiquée. Au septième jour des couches, une poche à échinocoques grosse comme une tête d'enfant sortit par la vulve (l'examen microscopique confirme ce diagnostic). La semaine suivante on put voir s'éliminer tous les jours des fragments plus ou moins volumineux de poche hydatique. Sur la partie postérieure du col se trouvait, après la première élimination, une ouverture de 2 centimètres présentant des bords à consistance cartilagineuse; ce trou communiquait avec une cavité située en arrière du col et tapissée de vésicules remplies d'échinocoques. La malade se rétablit graduellement. Ni par les commémoratifs, ni par l'examen, on ne peut être renseigné sur le siège primitif de développement du kyste.

L'auteur pense qu'un organe, vraisemblablement le foie, fut affecté tout d'abord d'acéphalocyste, qui se détacha de son premier point d'implantation, tomba dans la cavité abdominale, puis s'enkysta dans l'espace de Douglas; par suite de son accroissement, la paroi postérieure de l'utérus tomba en avant et produisit ainsi l'obstacle à l'accouchement. Le kyste d'un côté, la tête de l'enfant de l'autre, provoquèrent par compression une nécrose de la paroi cervicale. (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1882, n° 21.)

Docteur Albert VEILLARD.

DE L'ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ DE TUMEURS DE L'OVAIRE,
Par le Docteur LOMER, de Leipzig.

L'auteur a réuni tous les cas observés jusqu'ici et en décrit quatre nouveaux. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans les accouchements compliqués de tumeurs dans l'ovaire on ne doit pas différer trop longtemps l'intervention thérapeutique ;

2° Tout d'abord on tentera le déplacement de la tumeur ;

3° Cette manœuvre échoue-t-elle, on fera la ponction du kyste ;

4° Lorsque le contenu du kyste est trop consistant pour pouvoir sortir de la canule, on pratiquera une large incision de la paroi kystique.

5° Toutes les autres tentatives opératoires, le drainage par exemple doivent être considérées comme dangereuses et par conséquent rejetées ;

6° Dans les tumeurs solides de l'ovaire, on peut faire la craniotomie ou l'opération césarienne.

Le choix entre ces deux procédés dépend du caractère de chaque cas en particulier et de la manière de voir des opérateurs. (*Arch. für Gyn.*, XIX, 2.)

Docteur Albert VEILLARD.
(*Journal de médecine de Paris*).

HERNIE DE L'OVAIRE,
par le Dr BARNES.

Le Dr Barnes a pu faire quelques observations sur la physiologie de l'ovaire, chez une femme de 41 ans qui était atteinte depuis l'âge de 34 ans d'une tumeur herniaire du pli inguinal gauche. Cette tumeur était douloureuse à la palpation, surtout au moment des époques menstruelles et augmentait même alors de volume.

L'ablation de l'ovaire fut pratiquée. Dans la discussion à laquelle cette communication a donné lieu devant la Société royale de médecine de Londres, dans la séance du 24 janvier 1882, on a fait remarquer que la compression de l'ovaire donne lieu à des nausées et à de l'éréthisme génital, et que souvent la hernie ovarique précède celle de l'utérus. Quelquefois le péritoine forme un sac autour de cette hernie, et en général la trompe accompagne l'ovaire. Ces tumeurs sont le plus souvent irréductibles et constituées par l'ovaire gauche, parce que le ligament rond gauche serait moins résistant que le ligament rond du côté droit.

(*Brit. medical Journal*, 28 janvier 1882, et *Gaz. hebd.*, n° 40.)

DE L'ABUS DES CAUTÉRISATIONS DU COL,

par M. SIREDEY.

Les cautérisations, au fer rouge, du col de l'utérus peuvent être un précieux moyen de traitement dans des mains habiles et expérimentées ; mais l'abus qu'on en fait dépasse de beaucoup le bénéfice qu'un petit nombre sait en tirer et on se demande, en constatant tous ces inconvénients, s'il ne vaudrait pas mieux que ce procédé disparût complètement de la thérapeutique, plutôt que de voir les malades si fréquemment exposés aux graves dangers qu'il entraîne. Très fréquemment, en effet, dans les hôpitaux comme en ville, on voit des victimes de cette méthode dont on abuse d'une façon si regrettable. Certains médecins prodiguent les cautérisations dans la conviction qu'il s'agit là d'un moyen parfaitement innocent et qui ne peut avoir que des avantages : c'est à eux qu'on pourrait appliquer l'adage bien connu de Morgani : *Sunt plures medici qui ægros ob id interimunt quia nesciunt ipsi quiescere.* Pour un très petit nombre il se joint malheureusement à cette croyance un mobile moins honorable, il faut bien le reconnaître, et c'est surtout à Paris que se trouvent quelques opérateurs qui voient dans la répétition fréquente d'un acte réputé chirurgical une consécration honorifique bien supérieure à celle qu'ils pourraient attendre d'un traitement simplement médical. C'est ainsi que se produisent communément des accidents semblables à ceux que présentait une malade récemment entrée dans le service de M. Siredey et dont l'histoire peut se résumer en quelques lignes. Cette malade avait été soignée en ville pour une métrite, et pour ce fait avait subi une série de cautérisations au fer rouge pendant plusieurs mois.

Quelque temps après, elle fut atteinte d'accidents de dysménorrhée grave, avec rétention presque complète des règles, et lorsqu'elle entra une première fois à l'hôpital, M. Siredey put constater que, sous l'influence des cautérisations répétées, le col de l'utérus avait été presque complètement détruit ; son orifice était devenu tellement étroit qu'il était impossible d'y faire pénétrer un stylet de trousse. Ce n'est qu'à la suite d'un traitement longtemps prolongé que, par la dilatation progressive du canal, il fut possible d'en rétablir la perméabilité. Mais la guérison ne fut pas définitive, car cette même malade

a été reprise d'accidents analogues tout récemment, et l'on a dû la soumettre de nouveau pendant quelque temps au même traitement.

Ce fait, sur lequel il est inutile d'insister, n'est qu'un exemple presque banal des accidents auxquels peuvent donner lieu les cautérisations au fer rouge mal appliquées ; il serait d'ailleurs facile d'en relever un grand nombre d'autres du même genre auxquels on pourrait joindre des pelvi-péritonites souvent extrêmement graves. On peut ajouter que les mêmes remarques sont applicables aux différentes opérations faites fréquemment avec la plus grande légèreté et qui, dans bien des cas, ont cependant entraîné la mort des malades. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, août 1882.)

(*Journal de Médecine de Paris.*)

BOSTON MEDICAL LIBRARY OCT 28 1902

KYSTE DE L'OVAIRE. — RUPTURE TRAUMATIQUE. — GUÉRISON TEMPORAIRE.

Cette observation, que nous envoie un de nos distingués confrères de la Châtaigneraie (Vendée), M. le docteur Lenepveu, ancien interne des hôpitaux, manque de certains détails qui nous auraient permis de préciser le diagnostic, et notamment de savoir s'il est question d'un kyste ovarique proprement dit, ou d'un de ces *kystes parovariens*, sur lesquels le professeur Duplay vient encore d'attirer l'attention dans un travail récent. Quoi qu'il en soit, elle est intéressante par ce fait rare de la rupture d'un kyste abdominal causée par une chute, rupture qui ne fut suivie d'aucun accident, et amena au contraire une guérison momentanée.

Ces ruptures, suivies ou non de guérison définitive, ont été observées un petit nombre de fois. Dans un cas de Bright, il y eut mort subite ; chez une malade observée par Gairdner, on vit la tumeur disparaître, sans que l'épanchement du liquide contenu amenât aucune complication. La mort étant survenue seize mois plus tard, on trouva un kyste parovarique uniloculaire, flasque et complètement vide. — Voici le nouveau fait, communiqué par M. Lenepveu :

Mlle G..., âgée de 43 ans, d'un tempérament sanguin, d'une riche constitution ; de petite taille, mais très bien équilibrée. Depuis longtemps employée dans un magasin d'épicerie, elle est par son activité son intelligence et son dévouement, l'agent principal de cette maison de commerce, et soumise à un travail fatigant.

A dater de 1874, pendant une période de cinq années, plusieurs médecins de Nantes et de Poitiers crurent à une affection organique de la moelle. La malade éprouvait une grande faiblesse dans les membres inférieurs, des tiraillements dans les cuisses, des fourmillements dans les jambes. Elle en vint à un grand épuisement et fut obligée de renoncer à ses occupations habituelles. Un nouveau sujet de travail, de fatigue et de soucis vint alors aggraver son état: elle fut obligée de donner des soins, seule, jour et nuit, à son père devenu hémiplégique. Celui-ci, d'un caractère violent, devenu plus irritable par le fait de sa maladie, ajoutait pour sa fille aux fatigues physiques des tortures morales incessantes. Joignez à cela tous les inconvénients des privations et *res angusta domi*, logement malsain, très étroit, privé d'air et de soleil.

Elle avait cessé d'être réglée deux ans avant le début de cette longue maladie.

Peut être faut-il faire remonter à cette époque l'origine réelle de tous les désordres.

Après la mort de son père, Mlle G... commença à se soigner elle-même. Elle eut alors un repos relatif, et put suivre un traitement. Elle était fort épuisée et souffrait d'un état dyspeptique continuel. Elle vint à Poitiers, réclamer les soins du docteur Petit, et c'est là que survint l'accident rare sur lequel nous voulons appeler l'attention.

La malade portait un kyste ovarique, qui paraissait avoir débuté à gauche. Le ventre avait acquis un volume considérable. Depuis quatre ans, on avait fait dix-sept ponctions, à des intervalles de plus en plus rapprochés. Les premières donnaient trente litres environ d'un liquide un peu visqueux, filant et jaunâtre ; les dernières en donnaient quarante litres, et le liquide était clair et transparent.

Il y avait en même temps un abaissement avec déviation de l'utérus, constaté par le docteur Petit ; c'était là, sans doute, un résultat mécanique de l'hydropisie de l'ovaire.

Un jour la malade fit une chute sur la glace ; il s'ensuivit une rupture de la poche et l'épanchement du liquide dans le péritoine. Il y eut très peu de réaction inflammatoire ; puis survint une évacuation très abondante d'urine, sorte de crise qui dura trois ou quatre jours et qui amena la résorption du liquide péritonéal. Le ventre se vida si complètement que la malade pouvait faire ballotter la paroi abdominale à droite et à gauche comme une poche vide et flasque.

Après cette guérison temporaire et accidentelle, la récidive s'est produite. Mais depuis trois ans l'état est stationnaire, et on n'a pas eu recours à de nouvelles ponctions. Mlle G... est aujourd'hui d'une santé relativement bonne ; le sommeil, l'appétit, le teint sont naturels. Son ventre a le volume d'une grossesse à terme. Elle a une vie active et se sert de son ventre comme d'une table pour y déposer son ouvrage et des objets souvent assez lourds.

(*L'Union Médicale*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE TRAITÉE ET GUÉRIE PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ACIDE PHÉNIQUE.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, entrée à l'*Hôpital Bellevue, de New-York*, la veille de son accouchement. Bassin rétréci, procidence du cordon, mort du fœtus dans l'utérus ; délivrance à l'aide du céphalotribe.

Le lendemain, frissons violents accompagnés de vomissements ; température 39° 5 ; hémorrhagie abondante et presque continue depuis l'extraction du placenta. Bientôt les lochies devinrent fétides, la température et le pouls continuèrent à s'élever ; bref, tous les symptômes de la septicémie. Traitement : sulfate de quinine 80 centigrammes deux fois par jour ; potion alcoolisée toutes les trois heures : douche vaginale toutes les trois heures ; bismuth et morphine suivant les besoins. L'utérus fut soigneusement nettoyé avec des tampons de coton boraté ; puis, douche intra-utérine. Ce traitement parut d'abord amener une amélioration assez grande. Mais, huit jours après l'accouchement, la température était remontée à 40°, et l'état de la malade devenait de plus en plus inquiétant, malgré tous les soins, et tous les moyens appliqués en pareille circonstance. C'est alors que le Dr Alexandre, le médecin en chef, conseilla de recourir aux injections hypodermiques d'acide phénique. Huit heures après la première injection, la température tomba de 40° à 38° et s'y

maintint, sauf un jour qu'on avait oublié de faire les injections comme de coutume. Ces injections étaient pratiquées toutes les quatre heures avec une solution de deux et demi pour cent d'acide phénique, chauffée à une température de 33° environ. Comme mesure de précation, on examine les urines deux fois par jour, au point de vue des sulfates; car on sait que la disparition des sulfates est un des premiers signes de l'empoisonnement par l'acide phénique. En même temps que les injections, furent continués les soins hygiéniques et médicamenteux qui avaient été institués dès le début. Bientôt l'état de la malade fut considérablement amélioré; la langue était propre, l'appétit bon et le sommeil excellent. Les piqûres des injections n'avaient donné lieu à aucuns phlegmons, ni à la moindre ulcération; elles avaient été faites immédiatement dans la peau et à une très petite profondeur. Bref, trois semaines après son accouchement, la malade était hors de danger; et au bout d'un mois, elle pouvait se lever tous les jours pour plusieurs heures.

L'action de l'acide phénique en injections paraît bien décisive dans l'histoire de cette malade; car chaque fois qu'on oubliait ou négligeait de faire les injections, le pouls s'élevait et la chaleur augmentait, jusqu'au moment où le traitement suivi sans interruption pendant plusieurs jours, amena la guérison définitive. L'auteur pense qu'il serait bon de généraliser l'emploi de ce moyen.

(*New-York, med. journal and obstetrical review. Août* 1882, *et Concours médical.*)

LES ANTILAITEUX.

A propos d'une étude de M. Stanislas Martin, sur le persil considéré dans ses applications thérapeutiques, M. le Dr Lœvenich écrit « que son attention sur les propriétés du persil avait été appelée, il y a quatre ans, lors d'un voyage en Asie Mineure, où cet ombellifère est du domaine des remèdes domestiques, et fait partie du bagage traditionnel des vieilles femmes; » celles-ci emploient avec succès le persil comme antilaiteux; les feuilles, en forme de cataplasmes renouvelés trois fois dans les 24 heures, sont directement appliqués sur les seins, de manière à les recouvrir entièrement.

En Mésopotamie, à Bagdad, à Banorah, et sur les bords du golfe

Persique, toujours d'après M. Lœvenich, les indigènes, dans des cas analogues, se servent des fleurs de la pensée sauvage, en application sous forme de cataplasmes sur les seins, et si l'engorgement laiteux ne disparaît pas au bout de vingt-quatre heures, on continue les cataplasmes en donnant ultérieurement une décoction de parties égales de fleurs et de tiges de pensée sauvage (30 grammes environ pour 500 grammes de lin). Cette décoction est un purgatif très doux en même temps qu'un diurétique efficace qui communique à l'urine une odeur *sui generis*.

Il est à croire que cette médication antilaiteuse traditionnelle est parvenue de l'extrême Orient jusque dans nos îles de la Méditerranée, car nous l'avons retrouvée, dernièrement encore, dans les montagnes de la Corse, de l'île d'Elbe et de la Sardaigne.

Dans ces parages, à côté des cataplasmes de persil, vient se placer avec honneur la tisane ou décoction de carottes fraîches.

Docteur DE F.
(*Journal d'hygiène.*)

DES ACCOUCHEMENTS SANS DOULEURS OU DE L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE PAR LE BROMURE D'ÉTHYLE,

par le Docteur LEVERT. (*Revue médicale de l'Est.*)

La question de l'anesthésie, au point de vue obstétrical, n'est pas encore au point. Tandis qu'en chirurgie, on ne discute plus que sur les moyens les meilleurs pour provoquer l'anesthésie, en obstétrique nous en sommes encore à nous demander s'il est bon d'anesthésier les malades, dans le cas d'accouchements naturels. Aussi croyons-nous devoir signaler tous les travaux dont les conclusions peuvent jeter quelque jour sur la question, ou tout au moins servir de jalons pour la solution de ce problème si important au point de vue pratique. A ce titre, la note de M. Lebert mérite d'être mentionnée.

Voici les conclusions de ce mémoire. — « J'emploie toujours le bromure d'éthyle dans les accouchements normaux et anormaux (Les maladies de cœur avancées et les affections chroniques des poumons sont seules pour moi une contre-indication).

1° Parce qu'il diminue ou supprime les douleurs de l'enfantement.

2° Parce qu'il n'a pas d'influence fâcheuse sur la santé de la mère pas plus que sur celle de l'enfant.

3° Parce que les accouchements se font bien plus rapidement, ainsi que la délivrance, et que l'intervention chirurgicale est moins souvent nécessaire.

4° Parce que les suites de couches ne reçoivent aucune modification fâcheuse, au contraire : convalescence plus courte, pas d'hémorrhagies, pas de complications, retour à la santé en très peu de temps, aussi, je suis certain que toutes les femmes qui ont été accouchées par ce procédé ne voudront jamais être accouchées autrement. »

L'emploi du bromure d'éthyle, comme agent anesthésique, n'a guère donné les résultats sur lesquels ont cru devoir compter les chirurgiens. En est-il de même en obstétrique ? faut-il, au contraire, accepter comme fondées les conclusions de M. Lebert? Le travail de cet auteur nous paraît être consciencieux ; à ce titre, nous pensons qu'il mérite d'être lu et médité.

(*Revue médicale française et étrangère.*)

UN CAS DE SIALORRHÉE DANS LA GROSSESSE; INJECTION DE NITRATE DE PILOCARPINE. — GUÉRISON,

par le Docteur Davezac, Médecin des Hôpitaux.

Observation. — Mariée, lymphatique et nerveuse, la malade dont il s'agit est âgée de vingt-six ans. Santé antérieure toujours satisfaisante; antécédents héréditaires ou personnels parfaits. Une première grossesse simplement accompagnée de fatigue se termine à six mois, sans cause précise à vous rapporter.

Une deuxième grossesse commence quatre mois après cet avortement; dans cet intervalle, pas de salivation. Dès ce moment, pendant les quatre premiers mois, salivation médiocrement abondante (un verre seulement dans la journée); le liquide excrété avait une saveur fade, non sucrée. A partir du cinquième, ce phénomène disparaît peu à peu. Accouchement à terme douteux d'une toute petite fille qui, faute de lait maternel, a été nourrie au biberon et n'a vécu que quatorze mois. Rien d'anormal dans la fonction salivaire durant

tout ce temps, au milieu duquel Mme X... vient me demander des soins pour un certain degré d'anémie.

Troisième grossesse dans la seconde quinzaine de septembre 1881. Aussitôt la salivation reparaît pour atteindre dès le commencement d'octobre son maximum d'intensité, en moyenne un litre de salive dans la journée, et se maintenir à ce degré jusqu'au moment où je suis intervenu. Toutefois, après le repas, cette exagération de la fonction est plus active, et la soif toujours assez vive subit la même variation. N'était la lenteur qui en résulte pour la digestion, la malade engraisserait sensiblement, car son appétit est bon, extrême quelquefois. Quelques vomissements ont troublé les deux premiers mois : le sommeil n'est pas interrompu par le trouble fonctionnel qui nous occupe. Ni albumine ni sucre dans l'urine.

Le 28 novembre au soir, à la suite d'une émotion violente et d'une marche longue et rapide, un écoulement sanguinolent a lieu par le vagin. Je trouve le col utérin diminué d'abord d'un tiers, puis de moitié ; l'orifice externe admet aisément la pulpe de mon doigt ; coliques manifestes au niveau de l'utérus. Cet avortement possible est arrêté par le traitement approprié ; tout rentre dans l'ordre et le 2 décembre je cesse de visiter Mme X... La salivation a persisté, mais moindre ces quatre jours.

17 décembre. — Je m'enquiers de nouveau de la santé de ma malade, et me décide enfin à tenter quelque chose contre cet accident, qui finirait par épuiser ses forces tant par l'inutile déperdition du liquide salivaire que par le trouble apporté dans la digestion. Du reste, la constipation est habituelle, les fèces sont dures, les selles douloureuses. Je me décidai parce que je venais de lire dans le *Courrier Médical* du 10 décembre que M. le Dr Edouard Labbé avait en pareil cas employé avec succès les injections de nitrate de pilocarpine. Jusque-là j'avoue que j'étais le plus embarrassé du monde et me bornais à soutenir de mon mieux les forces de la malade.

J'injectai donc, à l'avant-bras, un centigramme de pilocarpine. Un quart d'heure après, la salivation, interrompue pendant ce temps, reparaît, et se poursuit environ deux heures. La salive remplit la moitié d'un saladier commun. Sur la fin, quelques vomissements glaireux. Mme X... dîne à huit heures et rien de particulier ne se produit jusqu'au matin.

18 décembre, matin. — La malade a craché dès son lever plus que

d'habitude. Elle a bien déjeuné, et cette après-midi il semble que la digestion soit plus facile; peu de salivation.

19 décembre. — Presque pas de salivation de la journée. A cinq heures du soir, je fais une seconde injection d'un centigramme. La salivation s'établit au bout de dix minutes, devient très abondante, et s'accompagne vers onze heures de vomissements glaireux. La malade ne dîne pas, et son sommeil de la nuit est interrompu par la salivation qui persiste jusque vers huit heures du lendemain matin. La quantité de salive rejetée peut être évaluée aux trois quarts d'une cuvette ordinaire.

20 décembre. — Dans cette journée, encore quelque peu de salivation ; elle cesse le soir *définitivement*.

3 janvier 1882. — La santé de Mme X... est absolument rentrée depuis le 21 décembre dans la santé normale de la femme dans l'état de gestation. J'ajoute, pour terminer l'histoire de celle-ci, qui devait être intéressante jusqu'au bout, qu'une seconde fois (20 janvier) une petite hémorrhagie s'est produite avec menace d'avortement, et qu'enfin, le 23 mai, c'est-à-dire au bout du huitième mois, la poche des eaux s'est rompue spontanément un matin, et qu'une petite fille excessivement menue est née vivante après quarante-huit heures d'un travail des plus ralentis.

Réflexions.

Si j'ai tardé, Messieurs, jusqu'aujourd'hui à vous communiquer cette intéressante observation, c'est que j'ai voulu m'assurer que la guérison de ma malade fût absolument confirmée avant de vous être annoncée. D'autre part, la sialorrhée étant un accident rare de la grossesse, je ne pouvais attendre d'en rassembler plusieurs cas pour vous en parler.

Je ne vous dirai pas comment la pilocarpine a amené la guérison, et me bornerai à son sujet à une réflexion thérapeuthique. M. Edouard Labbé a pu employer sans inconvénient dans la sialorrhée chez la femme enceinte deux centigrammes de nitrate en une seule injection hypodermique.

Le cas que je vous ai rapporté nous engage à commencer le traitement par un centigramme seulement, d'abord parce que cette dose peut suffire dès la seconde injection, en second lieu parce qu'on a reproché à la pilocarpine une action abortive nuisible dans l'espèce.

Des trois grossesses de Mme X... aucune n'a pu être conduite jusqu'au bout ; mais l'alcaloïde n'y est pour rien.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

LE SEVRAGE. — (J. SIMON.)

Jusqu'à six mois donner du lait, rien que du lait à l'enfant.

A six mois, si rien ne s'y oppose, vous pourrez associer au lait, une fois d'abord, puis deux fois par jour, une panade de biscottes de Bruxelles ou une bouillie bien cuite à feu doux pendant un quart d'heure, et composée de lait coupé, sucré, un peu salé et additionné de farine de froment.

Lorsque l'enfant aura un an, le lait devra encore faire la base de son alimentation. Mais il prendra de plus chaque jour un œuf, des bouillons de poulet, puis des potages gras ou maigres au tapioca, au sagou ou au pain. Plus tard, on tentera d'ajouter de temps en temps à ce régime, du poisson, des gelées de viande, des jus de bœuf ou de volaille.

De quatorze à quinze mois, l'enfant ayant d'ordinaire 10à 12 dents, M. Jules Simon est d'avis qu'il peut se nourrir de viandes hachées, pilées, râpées, et qu'il peut sucer des parcelles d'aliments solides. En fait de légumes, il n'autorise que des purées féculentes et interdit formellement les légumes verts et les fruits ; par contre, on peut à l'heure des principaux repas lui accorder de l'eau faiblement rougie, sucrée, et au besoin, si la digestion est un peu laborieuse, ajouter un peu d'eau de Vals ou de Vichy à l'eau ordinaire.

M. Jules Simon conseille de ne sevrer l'enfant du sein de sa nourrice que vers l'âge de quinze ou seize mois, mais il n'entend pas par là qu'il faille le priver du lait ; au contraire, il recommande de lui donner des tasses ou des biberons de bon lait de vache concurremment avec les aliments cités plus haut.

Dans le cas où la nourrice continue à garder l'enfant sevré, on rencontre quelque difficulté à faire renoncer celui-ci aux tétées. M. Jules Simon préconise le petit moyen suivant, couvrez, dit-il, le mamelon de la nourrice d'extrait de gentiane délayé, et vous ne tarderez pas à voir l'intelligence encore endormie de l'enfant saisir à merveille cet argument facile, mais sans réplique.

A 2 ans, la dentition temporaire de l'enfant est terminée ou sur le point de s'achever. M. Jules Simon conseille alors de prescrire des substances de plus en plus nutritives. L'enfant, dit-il, fera quatre petits repas par jour : le matin un premier déjeuner composé de bouillie ou de soupe ; vers onze heures, un second dejeuner comprenant un potage, un œuf, un peu de viande en purée ou un plat sucré ; à 3 heures un goûter de lait ou d'eau rougie avec un biscuit ; enfin, le soir, à six ou sept heures, un potage gras ou maigre.

M. Jules Simon recommande d'incorporer le lait à ces divers aliments, parce qu'il repose à merveille l'estomac, parfois surmené par la mauvaise inspiration des nourrices et des parents. M. Jules Simon est ennemi déclaré des gâteaux et des friandises et il les prohibe absolument, parce qu'ils diminuent l'appétit et déterminent des gastralgies et des dyspepsies.

FORMULAIRE

DE L'EMPLOI DE LA STRYCHNINE DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES A LA RÉGRESSION INCOMPLÈTE DE L'UTÉRUS APRÈS L'ACCOUCHEMENT OU L'AVORTEMENT. — J. Chéron.

Il est fréquent d'observer, chez les femmes dont la constitution est épuisée par des accouchements ou des fausses-couches répétés, la régression incomplète de l'utérus.

Les malades qui jouissent d'un tempérament lymphatique très accusé sont prises d'écoulement leucorrhéique abondant, résultant de la régression incomplète de la muqueuse utérine.

L'altération qui caractérise l'endométrite s'accentue peu à peu, des fongosités commencent à apparaître, l'écoulement menstruel devient plus abondant, les ménorrhagies deviennent peu à peu, de plus en plus intenses et de véritables métrorrhagies font enfin leur apparition.

En dehors des frictions sèches, de l'hydrothérapie, des bains de Barèges, des injections chaudes, le moyen auquel on donne la préférence et qui semble le mieux indiqué est l'ergotine.

En pareil cas, son action laisse quelquefois à désirer et j'ai du, bien souvent, en abandonner l'usage et le remplacer par la strychnine.

C'est à l'arséniate de strychnine que je donne habituellement la préférence ; et je n'ai eu qu'à me louer de l'emploi de ce médicament.

Si l'ergotine diminue l'hémorrhagie et en arrête le cours, la strychnine modifie d'une façon plus durable le volume de l'utérus et les pertes ultérieures.

J'emploie des pilules d'un demi-milligramme et j'en donne au plus six par jour.

En voici la formule :

Arséniate de strychnine, 0,01 centigramme.
Extrait de belladone, 0,10 centigrammes.
en vingt pilules.

Il faut prendre ces pilules une à une, une demi-heure avant le repas ou deux heures après.

En dehors de l'action spéciale que la strychnine exerce sur l'utérus, elle possède une action tonique remarquable dont il importe de tenir compte.

ENSEIGNEMENT LIBRE

M. le docteur Verrier, préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de Médecine, commencera un cours complet d'accouchement (théorie et pratique) pour les élèves sages-femmes, le jeudi 18 janvier 1883 à 2 heures 1/2 à l'amphithéâtre de M. le Docteur Lenoir, 2, rue Antoine-Dubois. Il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Prix 50 francs pour le cours d'une durée de 4 mois environ.

On s'inscrit chez M. le Docteur Verrier, 106, rue de Rivoli.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Paris.-Imp. PAUL DUPONT, 165.1.83

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LEÇON CLINIQUE SUR LA RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS

par le professeur HILDEBRANDT.

MESSIEURS,

Chez la malade que nous venons d'examiner et dont nous avons exploré l'appareil utéro-ovarien, nous avons trouvé une grande tuméfaction de tout l'utérus, une dépression à angle droit de sa paroi postérieure, très sensible, une déviation de la portion vaginale vers la symphyse, un abaissement de l'ovaire droit, non augmenté de volume, mais un peu douloureux. Avec la sonde, nous nous assurons que la cavité est normalement longue et large, pliée également en arrière, à angle droit, et nous constatons en même temps que cette rétroflexion ne peut se réduire, ni avec la sonde, ni avec la main, c'est-à-dire qu'il existe des adhérences au niveau du rectum. Enfin, le spéculum de Cusco, qui nous permettait de voir la portion vaginale, nous a montré sur les deux lèvres du col une ulcération assez étendue. Vous vous êtes étonnés, à juste titre, de voir que de si grandes altérations de l'organe principal du bassin étaient accompagnées de si légers troubles; à l'exception d'une légère

douleur à la pression sur la région sacrée, d'une leucorrhée peu considérable, d'une menstruation quelquefois douloureuse, la santé était excellente, l'aspect florissant. Je citerai maintenant un contraste: Il y a peu de temps, j'entrepris la cure d'une dame malade depuis plusieurs années, encore jeune, qui m'exposa son mal avec intelligence et précision. Elle naquit d'une famille où les soins du corps étaient observés avec une sollicitude égale à celle qu'on mettrait à la bonne éducation de l'esprit. Elle se maria à 22 ans avec un homme âgé, dont les qualités morales dépassaient de beaucoup les forces physiques. Elle resta sans enfants des mois et même des années avant de renoncer à devenir mère. Peu de temps après le mariage, elle s'aperçut d'irrégularités menstruelles qui, d'abord, accrurent son espoir de grossesse, parce que le flux était moins abondant et plus rare; mais il s'y ajouta ensuite des douleurs dans le bas ventre durant la menstruation et des écoulements muqueux liquides après. L'écoulement menstruel était accompagné non-seulement d'un sentiment de faiblesse et d'un malaise qui existaient depuis le mariage, mais encore de douleurs dans les régions dorsale et intercostale droite, migraines, anorexie, nausées et vomissements; et la digestion, régulière avant, devint très lente, ne fournissant pas une nutrition normale à l'organisme. La malade disait encore qu'en avançant en âge, la menstruation était devenue très abondante et s'accompagnait de coliques, qu'elle était devenue sujette à des diarrhées tellement abondantes qu'elle était obligée de garder le lit; que plusieurs cures faites à Ems et à Fransensbad n'avaient produit aucune amélioration durable. Jeune encore, la pauvre femme était un véritable cas pathologique; pâle, maigre, irritable, atteinte de migraines, de crampes d'estomac, d'une sensibilité extrême aux vertèbres sacrées et dorsales, incapable d'une occupation de l'esprit un peu assidue, ne pouvant se tenir debout une demi-heure, parce que la faiblesse et le vacillement des jambes ne le lui permettaient pas. Même dans les jours relativement les meilleurs, quand la menstruation excessive qui la retenait au lit avait cessé, la malade n'avait pas la force de s'occuper des moindres soins domes-

tiques. En présence d'une telle série de symptômes graves, de souffrances si fortes, dans une maladie durant depuis tant d'années, empirant sans cesse, vous auriez supposé l'existence de graves altérations organiques de l'utérus et de ses annexes, comme dans le cas précédent. Eh bien ! l'exploration révéla un utérus de tissu et de dimension absolument normaux, une légère rétroversion avec courbure à angle droit de la paroi postérieure, point de catarrhe, aucune ulcération, aucune trace de paramétrite ou de périmétrite, l'utérus était mobile. Cette absence de rapports entre les symptômes et ce que l'on trouve à l'exploration arrive plus souvent qu'on ne pourrait le croire en gynécologie ; d'où il résulte que, pour juger un cas, nous devons plus nous attacher au résultat de l'exploration qu'à l'histoire clinique.

Je me suis aperçu, avec le temps, que vous n'aviez aucune tendance à négliger l'examen objectif et que, à peine les malades vous ont-elles énuméré les symptômes les plus frappants, vous passez sans délai à l'examen. C'est bien. Il y a quelque dix ans, au grand détriment des malades, le diagnostic se fondait presque exclusivement sur les symptômes.

Vous courez risque cependant de tomber dans l'excès contraire également nuisible à vos malades. Il est vrai, quand vous faites bien l'exploration bi-manuelle, il vous est souvent permis de mettre tout le contenu du bassin, organe par organe, point par point, entre la main qui fait l'examen par le vagin et celle qui, sur les parois abdominales, s'enfonce dans le bassin, de telle façon qu'il vous est facile de distinguer non seulement la forme, la consistance de l'utérus, mais encore la moindre altération de souplesse et d'épaisseur du canal vaginal et des organes qui entourent l'utérus, comme aussi de la forme et de la place des ovaires. Au moyen de la sonde, vous reconnaîtrez la longueur, la largeur, la direction de la cavité utérine, vous sonderez la sensibilité et l'épaisseur des parois, et, avec le spéculum, vous aurez une image exacte de l'état de la muqueuse cervicale et de l'orifice externe. Vous êtes donc en état de vous former des conditions anatomiques d'un utérus malade

et de son voisinage, une idée qui ne s'obtient aussi claire dans aucune autre maladie des organes internes, tant que la vie dure. Même je dirai, jusqu'à un certain point, vous obtenez une image plus exacte que celle que l'anatomiste obtient sur le cadavre ouvert, parce que, quand vous faites le diagnostic d'une maladie, l'hyperémie, la sensibilité, l'élasticité et l'état des tissus ont une grande importance pour vous. Et ce qui facilite pour l'anatomiste la connaissance d'une maladie, c'est-à-dire la possibilité d'examiner la structure des tissus pathologiquement altérés, vous pouvez y suppléer bien qu'approximativement, grâce à un examen scrupuleux de la malade, duquel examen, en conformité des symptômes, des désordres fonctionnels, de la participation anormale du système sanguin et nerveux, vous tirez des conclusions sur les altérations survenues dans le tissu de l'utérus et des organes voisins. Outre cela, vous vous formerez très souvent des idées fausses sur la nature de la maladie utérine, si vous n'appliquez une attention spéciale à son étiologie ; et vous commettrez de même des erreurs grossières si, en établissant le traitement, vous vous conformez exclusivement aux indications anatomiques.

En vous exposant longuement les symptômes de la rétroflexion, je vous ferai remarquer que la grande variabilité des symptômes provoqués par ce mal est une particularité qui distingue précisément la rétroflexion des autres affections et que l'ensemble du tableau reçoit, grâce à la lente participation de tout l'organisme, particulièrement du système nerveux, une certaine couleur qualificative qui rend possible, dans le plus grand nombre des cas, au praticien exercé, de faire avec certitude le diagnostic de la rétroflexion, avant même de passer à l'examen et on arrive souvent à trouver que l'exploration confirme et corrobore le diagnostic de présomption.

Le nombre immense et la variété des symptômes morbides qui accompagnent la rétroflexion dérivent en partie de troubles purement fonctionnels de l'utérus, en partie des désordres secondaires des organes voisins, en partie (et ce sont les plus nombreux et les plus difficiles à expliquer) d'une série de phé-

nomènes graves provoqués directement, comme nous le verrons par la suite.

Aucune rétroflexion ne pourra durer longtemps sans qu'il se produise des hémorrhagies, soit sous forme de menstruations très abondantes, soit, comme cela arrive souvent, se prolongeant, même en-dehors de l'époque menstruelle, à intervalles réguliers; de telles hémorrhagies s'expliquent par les désordres de la circulation causés dans la partie postérieure de l'utérus excessivement vasculaire, par le plissement des vaisseaux au-dessus et au-dessous du point de flexion. La lèvre postérieure de l'utérus se trouve presque toujours gonflée par suite de l'engorgement vasculaire. Et, au moins pour les femmes qui ont eu des enfants, il est rare, qu'à l'exploration faite, avec le doigt dans le cul-de-sac postérieur du vagin, en même temps que la sonde est maintenue fixe dans l'utérus, on ne trouve pas la paroi postérieure du corps de l'utérus notablement épaissie. Ces désordres circulatoires des couches musculaires profondes se répercutent nécessairement sur la muqueuse sillonnée par les mêmes vaisseaux. C'est pourquoi, en introduisant le doigt par l'orifice utérin qui, dans cette maladie est souvent largement ouvert, on la trouve gonflée et son coloris, qu'on voit au spéculum, est d'un rouge cerise foncé. Une muqueuse aussi altérée doit naturellement, dans la congestion menstruelle, donner par ses vaisseaux pathologiquement élargis et dilatés, une hémorrhagie plus abondante qui, par le fait, laisse les femmes libres seulement 8 ou 14 jours et qui, chez celles qui sont âgées, avec des tissus relâchés, peut durer des semaines et des mois. J'ai vu des femmes arrivées à la quarantaine, prises d'hémorrhagies produites par d'anciennes rétroflexions, devenir anémiques au plus haut point et rendre inutiles tous les expédients thérapeutiques contre l'hémorrhagie passive: seigle ergoté, acétate de plomb, cataplasmes de glace sur la région utérine, injections vaginales froides, tamponnement du vagin et enfin injections prolongées de perchlorure de fer dans la cavité utérine. Dans ces cas-là, les hémorrhagies ne s'arrêtent qu'après une énergique compression faite pendant longtemps

sur chaque point de la muqueuse, au moyen de grosses tiges de *laminaria* poussées jusqu'au fond de l'utérus.

Tandis que les hémorrhagies menstruelles de l'antéflexion qui apparaissent le plus souvent avec la même abondance et la même durée, pour la même cause, c'est-à-dire, comme conséquence finale du pliage des vaisseaux, sont douloureuses, la menstruation abondante se produit dans la rétroflexion ordinairement avec peu de gêne, souvent sans douleur. Cela s'explique parce que dans l'antéflexion, le tissu de l'utérus est le plus souvent dur et rigide, tandis que dans la rétroflexion il se montre communément très relâché, et, ainsi, reste moins tiraillé à proportion de l'angle de flexion, lequel, dans l'antéflexion, peut être beaucoup plus aigu que dans la rétroflexion, dans laquelle souvent il n'y a qu'une courbe arquée dans la paroi postérieure. Plus l'angle est aigu, plus le canal de l'orifice interne est étroit, et aussi plus il y a de résistance au passage du sang et plus grands sont les efforts du corps de l'utérus pour se débarrasser du sang accumulé au point de la flexion. Les contractions de l'utérus qui produisent cette évacuation de la même manière que l'acte de l'accouchement ou de l'expulsion d'un polype pédiculé, sont justement celles qui engendrent la douleur et que nous appelons communément coliques menstruelles.

Il ne faut pourtant pas croire que l'hémorrhagie menstruelle procède toujours dans la rétroflexion avec autant de facilité et sans gêne considérable; j'ai vu des cas où une quantité de phénomènes tumultueux éclataient au commencement des règles. Ainsi, au printemps dernier, j'eus avec un collègue d'ici à soigner une jeune femme d'une famille prédisposée, dans la ligne féminine, aux maladies nerveuses, autrefois très bien portante, fraîche, bien nourrie, mais restée sans enfants, après trois ans de mariage. Depuis l'hiver, elle était devenue sujette à des syncopes, au commencement de la menstruation, avec des douleurs assez vives pour la contraindre à garder le lit plusieurs heures. Vers le printemps, ces accès accompagnèrent régulièrement le commencement des règles, et enfin se montrèrent si forts que la malade, au milieu de ces douleurs internes, tombait à terre

privée de tout sentiment, et restait ainsi plusieurs heures, pendant lesquelles, les syncopes et les convulsions se roproduisaient. L'exploration révéla un utérus normal quant au tissu et à la longueur, dont l'axe longitudinal était pourtant presque parallèle au diamètre sacro-pubien et dont la paroi postérieure était assez fortement rétrofléchie.

On lui fit porter pendant plusieurs mois un pessaire intra-utérin de caoutchouc durci, dont le bouton était fixé à un anneau de caoutchouc de Mayer placé au-dessous.

A partir de ce moment, aucun accès ne reparut et les menstruations se succédèrent toujours avec régularité et sans aucune incommodité. Chez une autre malade déjà proche de la ménopause et jouissant d'une nombreuse progéniture (que j'explorai en août de l'année passée et à qui je trouvai une rétroflexion très prononcée de l'utérus très augmenté de volume et d'épaisseur), la menstruation était précédée depuis plusieurs années de douleurs internes, de coliques, suivies pendant des heures entières de vomissements et d'une horrible céphalalgie unilatérale, qui le plus souvent cessait au bout de 24 heures.

De l'engorgement séreux de tout l'utérus rétrofléchi, de la tuméfaction et de la vascularité de la muqueuse qui donne lieu à d'abondantes hémorrhagies, dépend essentiellement l'apparition d'écoulements séroso-sanguins, muqueux et purulents de la cavité utérine, en dehors de l'époque menstruelle, et se succédant beaucoup plus fréquemment que dans l'antéflexion, dans laquelle ces phénomènes peuvent être tout à fait absents. Ces écoulements sont parfois si abondants que les femmes ne parviennent pas à se rétablir autant qu'il serait nécessaire après des hémorrhagies mensuelles aussi copieuses. On trouve ces écoulements d'autant plus abondants que l'utérus est plus relâché, que le fond est tombé dans l'espace de Douglas, c'est-à-dire extrêmement replié. Dans cette position, le corps de l'utérus arrive souvent à être plus bas que la portion vaginale. Les sécrétions produites par la muqueuse malade ne peuvent quelquefois pas s'écouler dans la position du décubitus dorsal, ni dans la station debout et séjournant dans l'utérus, ils en dis-

tendent petit à petit les parois de façon à y former une large cavité pleine d'un liquide séro-sanguin et muqueux, qui, en l'irritant, cause à la muqueuse d'autres altérations pathologiques. L'abondance de la sécrétion ne diminue pas pour cela ; il se produit le plus souvent des ulcères à l'orifice externe, qui sont le point de départ de secrétions purulentes, d'hémorrhagies intercurrentes, et de douleurs dans les mouvements du corps ; ces dépôts de liquides séro-sanguinolents dans un utérus très mou et replié, qui se rencontrent très fréquemment chez les filles ou les femmes stériles ou après les couches, sont si considérables, qu'au moyen de la seringue de Braun à injections intra-utérines, j'ai extrait une quantité de liquide qui la remplissait deux ou trois fois. En explorant, dans ce cas, avec la sonde et en même temps avec le doigt sur la partie postérieure du vagin, on trouve la paroi postérieure amincie et lobulée, fait qui n'arrive presque jamais au début et qu'on doit seulement attribuer à la distention éprouvée par l'organe retenant le sang menstruel et les autres secrétions séreuses. Soit que l'utérus, par l'inflexion, reste ainsi aminci et gonflé, ou bien, comme nous l'avons vu ci-dessus, épaissi dans ses parois, au-dessus du point de flexion, il sera toujours rare, dans un cas comme dans l'autre, de voir l'augmentation de volume de l'utérus dans le point malade, en arrière, provoquer des sensations anormales du côté des organes voisins. Par-dessus tout, nous en verrons les inconvénients les plus fâcheux dans les selles, inconvénients différents de nature et d'intensité, selon l'état de réaction de l'utérus. Tant que ce dernier se trouve simplement dévié, on s'en aperçoit au passage des matières, qui provoque sur le corps et le fond de l'utérus de légères douleurs. Au contraire, si l'utérus se trouve en même temps, comme cela peut advenir, primitivement ou secondairement, à cause de désordres circulatoires déjà décrits, dans des conditions d'hyperémie et de phlogose, les douleurs seront beaucoup plus intenses et plus prolongées et surtout elles seront violentes, s'il existe une constipation habituelle et s'il doit passer près du corps de l'utérus malade, appuyé en partie sur le rectum, une plus grande quantité de matières dures.

La constipation est malheureusement, dans la rétroflexion, comme dans tant de maux chroniques de l'utérus, un des phénomènes les plus constants. Peut-être est-ce l'effet de la parésie de la portion inférieure du rectum due à la pression permanente exercée par la paroi postérieure du corps de l'utérus. Peut-être prend-elle son origine dans le fait que les femmes, par crainte de la douleur éprouvée dans l'évacuation, retardent ce moment le plus qu'elles peuvent et de cette façon donnent lieu à la parésie de la couche musculaire intestinale due à la distension produite par les matières accumulées. Cette douleur dans l'évacuation est parfois très violente, souvent suivie, pendant plusieurs heures, d'un énervement général accompagné de syncopes.

J'ai soigné une femme atteinte depuis longtemps d'une rétroflexion très accentuée qui, chaque fois qu'elle allait à la selle, était prise de convulsions générales épileptiques. Après avoir eu souvent, pendant des mois, de ces spasmes, elle se réduisit enfin par crainte de la douleur à n'aller au cabinet que tous les huit ou dix jours et, pour le faire avec plus de facilité, elle prenait très peu de nourriture. On comprend qu'un tel régime aggravait son mal, parce que la pression sur le corps de l'utérus douloureux, enclavé dans l'excavation du sacrum, devenait nécessairement d'autant plus forte au passage des matières que leur quantité et leur dureté était plus considérable. Cette femme guérit complètement après que l'utérus eût été redressé chaque jour par la sonde et quand elle se décida à faire usage de lavements froids pour détacher plus facilement les matières.

La rétroflexion provoque une sensibilité presqu'aussi développée pour l'émission des urines que pour l'évacuation des matières fécales. De nombreuses causes peuvent concourir à la production de tels inconvénients. Très souvent, c'est la portion vaginale qui, en raison de la position particulière du corps de l'utérus poussé en avant, près de la symphyse pubienne, appuie sur l'urèthre et empêche mécaniquement la vessie de se vider. Souvent la portion sus-vaginale fixée à la vessie par une attache rigide, venant à se placer, par suite de la rétroflexion, plus bas

et plus en arrière, tire la paroi postérieure de la vessie et provoque de cette façon le spasme de la vessie. Il ne manque pas non plus de cas, dans lesquels une irritation phlogistique des parois utérines accompagne la flexion et se transmet aux parois de la vessie. Bien des fois pourtant il faut aller plus loin avant de trouver les causes du fait ; c'est ce que confirme les exemples suivants :

Une dame, d'âge moyen, femme d'un propriétaire de province souffrait depuis quelques années, indubitablement à la suite d'une chute sur le sacrum, peu de temps après une fausse couche, d'hémorrhagies excessivement abondantes, à l'époque des règles et de fréquents écoulements séreux de l'utérus dans les intervalles. Ces phénomènes et d'autres que nous laisserons de côté, de même que la manière dont s'était produit le mal, parlaient en faveur de l'existence d'une rétroflexion qui fut confirmée par l'examen. Malheureusement, le corps de l'utérus était solidement fixé dans l'espace de Douglas, ce qui rendait la réduction peu probable : en outre, on trouvait dans la cavité utérine large, facilement accessible, un polype fibreux assez gros, fixé à la partie inférieure des parois minces et molles et qui, à cause du niveau de l'insertion, et du peu de longueur du pédoncule ne pouvait être opéré tout de suite. On dut néanmoins se contenter d'atténuer pour le moment les hémorrhagies et la sécrétion séreuse ; puis on passa à l'opération du polype et, après, à la cure directe de la rétroflexion. Pendant cette période qui dura deux ans et plus, la malade éprouva des souffrances particulières à l'émission de l'urine, de fréquents tenesmes, des sensations de brûlure qui précédaient longtemps à l'avance cette émission, des douleurs dans le bas ventre semblables à des coliques intestinales, des douleurs et des sensations égales à celles du cancer qui ne se limitaient pas seulement à la région vésicale, mais s'étendait jusqu'aux reins.

L'examen de l'urine, de l'urèthre, de la vessie ne donnait aucune explication de ces souffrances, mais, en examinant avec plus d'attention les parois de l'abdomen, au-dessus du petit bassin, je trouvai, un an après la première exploration, la dame

étant étendue sur le dos, à travers les parois abdominales amaigries, lâches, molles et dépressibles, des deux côtés de la colonne vertébrale, dans la région lombaire, une tumeur allongée dont l'axe était parallèle à celui du corps. On pouvait très bien l'atteindre, elle avait la forme des reins, sauf qu'elle était beaucoup plus grosse, douloureuse et immobile ; après cette découverte, et avec les symptômes qui l'accompagnaient, vous auriez, messieurs, établi sans délai le diagnostic de *hydronéphrose* bilatérale dont la relation avec la maladie primitive vous semblera claire, si vous pensez à la situation anatomique des uretères qui descendent à la vessie à droite et à gauche, le long de la portion sus-vaginale de l'utérus. Maintenant, si la partie médiane de l'utérus se fléchit en angle, il peut facilement arriver que les deux uretères se trouvent comprimés dans le pli et, par conséquent, tirés en arrière ; alors l'urine doit nécessairement être arrêtée dans son trajet à la vessie, au-dessus du point de flexion où se trouve l'obstacle ; elle distend les uretères et s'y accumule, jusqu'aux calices rénaux. Pour cette dame, chez laquelle, à la première exploration, il y a deux ans, je reconnus seulement une rétroflexion et un polype de l'utérus, à la seconde, je constatai l'augmentation de volume des deux reins décrite plus haut et, à la troisième, je trouvai sur le côté droit et je sentis très distinctement, à travers les parois abdominales, le grand volume de l'uretère.

La relation entre la rétroflexion et la dilatation des uretères apparaît encore plus clairement chez une malade qu'on m'a envoyée de B.., il y a peu de mois.

Madame H.. qui, outre les phénomènes ordinaires de la rétroflexion, souffrait de douleurs en urinant, me fut adressée par son médecin, à cause d'une tumeur molle très volumineuse placée au-dessus du ligament gauche de Poupart.

Je constatai une rétroflexion et je diagnostiquai cette tumeur, par la dilatation de l'uretère, conséquence de la rétroflexion, et il me fut permis de confirmer de suite mon diagnostic. L'utérus redressé avec la sonde, la vessie vidée à l'aide de pressions externes, la tumeur, grosse comme la tête d'un en-

fant, se réduisit au volume d'une pomme. Le diagnostic du début de ce mal secondaire est beaucoup plus difficile quand l'uretère n'est pas encore très dilaté et que le rein est encore sain. Pourtant l'exploration, même dans ces cas, fournit certains criteriums importants, comme cela est démontré dans l'histoire clinique suivante.

Madame F.., de famille saine, de constitution robuste, d'un assez bel embonpoint, la menstruation commencée seulement à 17 ans. Elle se plaignait de gêne dans le bas ventre, consistant en douleurs et en tiraillements profonds dans le bassin, de pertes blanches, accompagnées de douleurs de reins et de faiblesse dans les jambes. La menstruation devenait de plus en plus abondante et laissait la malade affaiblie.

De nombreux désordres nerveux apparurent, un tenesme vésical très ennuyeux et fatiguant, un sentiment de torsion et de crampes à la vessie, de plénitude au bas ventre, comme si l'urine eût été retenue en grande partie, tandis qu'il ne s'en émettait qu'une très petite quantité, sans que pour cela le tenesme cessât et fit place à la sensation de bien-être d'un besoin satisfait.

Je trouvai dans un vagin très large, dont l'orifice faiblement circonscrit par un hymen lâche était évidemment dilaté et en partie applati par de fréquentes masturbations, un utérus très ramolli, rétrofléchi à angle aigu, de plus d'un pouce plus long qu'à l'état normal, aminci dans sa paroi postérieure, qui se laissait redresser sans effort par la sonde et émettait par une cavité très large une secrétion aqueuse, rosée et abondante Le médecin qui m'avait envoyé cette malade, pensait à l'existence d'une volumineuse tumeur molle, qui était à gauche et au-dessus du ligament de Poupart. Malgré les plus minutieuses recherches dans la position du décubitus dorsal, je ne pus jamais la sentir. Une fois, je fis tenir debout la malade, pendant l'exploration, comme avait fait son médecin ; alors je sentis, à gauche de l'utérus et un peu plus haut, une tumeur, qui, comprimée entre une main qui la rencontrait et l'autre qui pressait l'abdomen se présentait sous une forme allongée,

et était douloureuse. Elle changeait pourtant de dimension, de forme, de mollesse et de tension des parois dans les diverses explorations. Dans la position du décubitus dorsal, la tumeur disparaissait toujours et disparut d'une manière durable, en même temps que la douleur en urinant, aussitôt que la flexion utérine eut acquis une amélioration sérieuse. De l'examen de ces faits, je fus induit à penser qu'il y avait de même une dilatation de l'uretère. Outre les douleurs subjectives de la malade, le changement de forme et de volume de la tumeur, son siège constant sont spécialement significatifs ; sa disparition dans le décubitus dorsal, évidemment produite par la direction horizontale que prenait le liquide, le long de l'uretère, dilaté vers le rein et au contraire sa réapparition dans la position debout, dans laquelle l'urine descend jusqu'à l'angle de flexion : ces phénomènes sont très importants par la connaissance de ces sortes de désordres urinaires assez rares.

Outre la maladie secondaire des uretères et le déplacement, on observe dans la rétroflexion un autre changement de position, c'est celui des ovaires. Il est à remarquer que ces organes, quand ils sont dans la position naturelle et de la grandeur normale, se sentent très rarement à l'exploration et seulement quand les parois abdominales sont très minces et très dépressibles, de façon à ce que, en explorant en même temps avec les mains, par le vagin et sur la symphyse, on peut toucher avec précision le contenu du bassin à droite et à gauche de l'utérus ; il en est de même aussi chez les vierges ou les nouvelles mariées ; au contraire, dans les positions de l'utérus en arrière, c'est-à-dire, tant dans les rétroversions que dans les rétroflexions, il arrive très souvent que sur la paroi postérieure du vagin, et, tout à fait en arrière et à côté de la portion vaginale de l'utérus, on trouve les deux ovaires ou un seul et qu'on les reconnaisse à la forme, à la dimension et à la mobilité; cette descente des ovaires n'a pas grande influence sur le cours de la maladie. Pourtant, le fait que, souvent, dans ce cas, les ovaires sont sensibles à la pression, devient une cause de grandes douleurs pendant le coït et va jusqu'à l'impossibilité

de répéter cet acte. Cela explique pourquoi certaines femmes ne tolèrent absolument pas les pessaires reconnus indispensables à la guérison de la rétroflexion.

La *phalange des désordres nerveux* qui accompagnent d'habitude, presque toujours, les rétroflexions et qui augmentent d'une façon effrayante avec la durée de la maladie utérine, vous la connaissez, Messieurs, par de nombreux exemples cliniques ; vous ne voyez jamais manquer une des nombreuses formes de céphalalgie et vous trouvez chez beaucoup de malades des névralgies intercostales, sacrées et lombaires. Vous notez presque toujours des désordres gastriques très nuisibles à la nutrition, cardialgies, éructations, vomissements etc., qui disparaîtront aussitôt que la flexion sera détruite.

En temps et lieu, je vous fis remarquer avec quelle fréquence extraordinaire les maladies de l'utérus sont accompagnées de désordres gastriques, à tel point, que, chez les femmes qui souffrent de l'estomac, on ne devrait jamais négliger l'exploration des parties génitales, même lorsqu'aucun symptôme n'indique une maladie de ce genre. Il vous sera d'un grand intérêt de savoir que la rétroflexion peut avoir pour conséquence de provoquer des maladies qui semblent provenir du système nerveux central, qui augmentent et diminuent d'intensité avec la maladie de l'utérus. Je cite, parmi elles, la parésie des membres inférieurs et les désordres psychiques.

Parmi les malades que je soigne actuellement, il n'y en a pas moins de quatre atteintes de parésie prononcée des membres inférieurs. Cette affection commence par un sentiment de fatigue et de faiblesse souvent accompagné de douleurs dans les jambes. Tandis que les muscles du corps, par exemple ceux des bras, fonctionnent normalement, les jambes sont fatiguées, la marche est incertaine, souvent vertigineuse comme dans le ramollissement de la moelle. Les malades éprouvent de plus la sensation qu'ils auraient s'ils portaient de la ouate aux pieds et offrent une diminution de la sensibilité de la peau des cuisses. Je ne puis maintenant expliquer le rapport de ces symptômes avec la rétroflexion. Ne dépendent-ils pas, en

quelque sorte, de la pression de l'utérus rétrofléchi sur les nerfs sacrés. On pourrait s'en assurer par de nombreuses expériences; peut-être de l'irritation périphérique qui a son siège dans les gros troncs nerveux fléchis en même temps que la paroi postérieure de l'utérus. Je ne veux pourtant pas passer sous silence que *Leyden*, dans un des quatre cas cités, que je soigne avec lui, a déclaré que la parésie douloureuse de la jambe gauche dépendait d'une névrite.

J'incline volontiers vers cette idée. Il sera plus difficile de trouver le rapport causal entre les désordres psychiques et la rétroflexion, et cependant cette relation m'a été démontrée par la production et la marche de très nombreux cas d'aliénation mentale plus ou moins graves. Le premier cas de cette espèce, que je vis, fut la femme d'un industriel, une charmante, intelligente et robuste personne. Elle se plaignait de malaises dans le bas ventre avec lesquels coïncidait la perte de la mémoire et du pouvoir de réfléchir, avec une certaine apathie morale liée de temps en temps à d'étranges hallucinations qu'elle ne pouvait dominer qu'avec toute l'énergie de ses facultés. Elle souffrait d'une grave rétroflexion avec épaississement et induration des parois utérines, dont elle guérit complètement, quoique peu à peu. Avec la guérison graduelle de la maladie locale, son ancienne activité morale revint pas à pas.

Chez une autre malade, au contraire, chez laquelle la rétroflexion s'était établie après un avortement et s'accompagnait de métrite aiguë, à la suite de grandes fatigues, il se manifesta, même avant que les phénomènes inflammatoires du bassin eussent cessé, de la mélancolie et la perte presque complète de la mémoire. Sa rétroflexion ne guérit pas et ne s'améliora pas, et il faudra que cette femme soit, tôt ou tard, conduite à la maison des fous.

J'ai vu une guérison complète dans deux cas de rétroflexion accompagnés de désordres psychiques survenus pendant une grossesse normale. Dans les deux cas, la cause immédiate de la flexion de l'utérus non encore réduit, fut d'avoir

quitté trop tôt le lit et de s'être livrée à des travaux fatigants le troisième ou le cinquième jour après les couches.

En même temps que de vives douleurs dans le bas ventre, la rétention d'urine et le tenesme rectal apparurent avec de légers phénomènes fébriles, divagations en songe, délires religieux, dégoût des aliments, etc. Une amélioration sensible se fit sentir après le redressement de l'utérus très mou et très volumineux et la guérison fut complète quand l'utérus revint à sa forme et à sa dimension normales.

Je veux rappeler encore ici que parmi les causes diverses qui font que les femmes privées d'enfants se flattent d'être grosses, la rétroflexion occupe la première place: je compte dans ma pratique déjà six cas de femmes se croyant avec une certitude absolue au terme de la grossesse et où pourtant les phénomènes éprouvés n'étaient que de simples conséquences de la rétroflexion. Un symptôme très fréquent et presque constant de la rétroflexion, qui est dû sûrement aux mêmes causes que la constipation concomittante, est la tympanite abdominale. Le colon transverse, particulièrement, en se dilatant, contribue au gonflement de l'abdomen. Cette tympanite croît toujours et l'augmentation de volume de l'abdomen qu'elle produit est le symptôme le plus apte à faire croire à ces femmes qui désirent être enceintes qu'elles le sont. Très souvent, il s'y ajoute de violents mouvements péristaltiques de l'intestin auxquels les malades qui espèrent, dans un temps donné sentir les mouvemests de l'enfant, donnent beaucoup d'importance les considérant comme un signe infaillible de la vie du fœtus. Elles peuvent provoquer artificiellement ou augmenter ces mouvements peristaltiques par l'exaltation morale inhérente à cette attente. S'il arrive de plus que la rétroflexion soit souvent accompagnée de la tuméfaction secondaire des mamelles et même de sécrétion lactée, que les nausées et les vomissements et une foule de désordres nerveux, conséquences de la grossesse, se joignent aussi très fréquemment à la rétroflexion, on ne pourra faire de grands reproches aux femmes qui désirent des enfants, de se

laisser tromper par la réunion de ces phénomènes. Je me souviens d'un très beau cas que j'observai en 1867.

La femme dont je parle disait avoir éprouvé la nuit des douleurs de l'enfantement avec des accès de douleurs augmentant graduellement. Les règles avaient reparu avec régularité, mais vingt semaines avant elle avait senti les premiers mouvements du fœtus et, la nuit qui avait précédé le jour où elle vint à moi et qui était précisément celui où elle attendait le terme de la grossesse, elle eût régulièrement des douleurs d'accouchement. Pendant l'exploration que je lui fis subir, elle éprouvait à cinq minutes d'intervalle de violentes douleurs, pendant lesquelles elle faisait des efforts comme une femme en couche au moment de l'expulsion. Les mamelles étaient assez pleines, les canaux galactophores distendus donnaient une sécrétion épaisse, jaunâtre, lactée. L'alvéole était un peu foncée, mais peu pigmentée, le mamelon plus érectile que celui d'une vierge. L'abdomen gonflé en forme de sphère mesurait sur la région ombilicale 85 centimètres de circonférence; d'anciennes cicatrices cutanées se montraient comme à d'autres grossesses. Pourtant, dans les accès douloureux, il ne se produisait autre chose qu'un très violent mouvement péristaltique intestinal et la percussion donnait un son tympanique clair jusqu'à la symphyse pubienne. Au-dessus d'un vagin un peu ramolli et très chaud se trouvait un petit utérus flasque et complètement rétroversé. Nous renvoyâmes la femme chez elle avec les prescriptions voulues, mais, quinze jours après, la voilà encore une fois chez moi, persuadée que je m'étais trompé et que, cette fois, il y avait effectivement un fœtus. Il fallut mille peines pour lui faire reconnaître son erreur.

Un fait tragi-comique s'est présenté à moi dernièrement. Au mois de janvier passé, je fus appelé près d'une dame chlorotique, mariée depuis un an à un négociant, pour déterminer le terme de sa première grossesse, parce que son époux qui devait s'éloigner pour quelque temps aurait voulu être de retour avant les couches de sa femme; la jeune femme avait vu avec un plaisir infini l'augmentation de volume du corps, du ventre et

des seins, peu après le mariage, et accueillait avec satisfaction les félicitations de ses amies moins heureuses. Tous les préparatifs pour les couches avaient été faits avec beaucoup de soins; la mère était venue de très loin. La sage-femme et la nourrice étaient arrêtées pour le terme probable et la layette était déposée en bel ordre dans un magnifique berceau.

L'exploration révéla une énorme tuméfaction tympanitique dans l'abdomen, un utérus normal, plutôt petit que gros et mince, avec un orifice étroit, un peu rétrofléchi et très rétroversé.

Ce cas, avec ses symptômes très nets quoique peu graves, l'utérus étant mou, mais absolument normal quant à son tissu, m'offre l'occasion de m'oppossr à un principe admis par Scanzoni, c'est-à-dire que les rétroflexions ne produisent de douleurs que quand elles sont accompagnées d'affections inflammatoires du tissu utérin, aiguës ou chroniques. Ce principe peut s'appliquer dans le plus grand nombre des affections, non dans beaucoup d'autres,et je pourrais opposer à Scanzoni beaucoup de faits cliniques qui infirment sa doctrine et de très importants.

Nous ne pouvons donc avec l'exacte appréciation de l'état du tissu utérin, former des indications sur *l'étiologie des flexions* à laquelle je passe maintenant et dans laquelle seulement on peut trouver un criterium pour une cure rationnelle et efficace.

(*A suivre*)

DES FORMES DE L'ORIFICE UTÉRIN DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA STÉRILITÉ.

Par le docteur Paul LANDOWSKY.

(*Suite*).

TRAITEMENT DE LA TROISIÈME FORME

Le traitement de la troisième forme ou de l'étroitesse proprement dite de l'orifice à forme circulaire (car les précédentes malformations sont plutôt des obstructions que des étrotiesses)

est quelquefois très aisé ; d'autres fois, au contraire, très difficile et très chanceux. Il est très simple lorsque le tissu au milieu duquel se trouve l'orifice en forme de point est mince, et que derrière lui se trouve une cavité du col passablement dilatée. Dans ce cas, il n'y a quelquefois qu'une contracture ou rétraction de fibres musculaires circulaires de l'orifice, et l'on conçoit qu'on puisse triompher ici de cette rétraction comme on fait dans tous les autres cas de contracture ou rétraction de sphincters, dont on fait cesser l'étroitesse par la dilatation brusque, à la manière de Récamier pour la contracture de l'anus. La seule différence consiste en ce que la déchirure musculaire sous-cutanée dans la fissure à l'anus s'obtient par l'écartement brusque de deux doigts, tandis qu'on la fait ici par l'écartement des branches d'un instrument.

Du reste ce n'est pas toujours à l'aide des doigts que l'on triomphe de la contracture du sphincter anal ; pour l'anus comme pour la vulve, on peut se servir également du spéculum de Reibar, qui se compose de deux lames fenétrées, liées par une sorte d'anneau, de manière à pouvoir être accolées l'une à l'autre ou écartées aussi vite et aussi brusquement qu'on veut l'une de l'autre, après leur introduction dans l'orifice que l'on veut dilater.

On sait qu'on a construit des instruments fondés sur le même principe, c'est-à-dire des pinces dilatatrices ou *dilatatoires* à deux, trois et quatre branches, analogues aux instruments du même nom, *dilatatoires*, usités par les anciens, et dont on a essayé dans ces derniers temps de se servir, par exemple pour la dilatation du prépuce. — Il faut observer seulement que les inventeurs de ces instruments tendaient souvent à trop généraliser leur emploi, oubliant qu'il existe en réalité, pour le prépuce comme pour plusieurs autres organes, le col utérin en particulier, des étroitesses des orifices qui tiennent aux contractions musculaires, et d'autres qui dépendent d'un véritable manque d'étoffe. — Les premières se distinguent habituellement par les plis que forme la muqueuse autour de l'orifice, plis qui ressemblent à ceux d'une bourse qu'on a

fermée, en tirant sur les cordons adaptés à cet usage. Les secondes présentent autour de l'orifice un tissu uni, tendu, dans lequel l'ouverture ne s'est pas primitivement constituée avec des dimensions suffisantes. — Evidemment, pour l'orifice utérin comme pour les autres analogues, lorsque les pourtours sont plissés, lorsqu'on reconnaît la dilatabilité de cet orifice prêt à céder à un effort excentrique, lorsqu'on sent par le cathétérisme le peu d'épaisseur de la muqueuse en dehors et en dedans du sphincter interposé entre les deux couches, il n'y a pas de doute qu'en exerçant un effort rapide du centre à la circonférence, on fait céder les fibres musculaires circulaires au-dessous de la muqueuse qui les recouvre, et cette rupture suffit pour permettre à l'orifice de reprendre ses dimensions normales.

Nous citerons parmi les instruments dont on peut se servir ici : le dilatateur à vis de Aussandon, le petit spéculum dilatateur à deux branches de Mathieu, le dilatateur à deux branches de Lemenant-Deschenais, et enfin le dilatateur utérin à trois branches de Busch, modifié par Huguier, Sims et plusieurs autres, au point d'en faire un instrument d'une grande, souvent d'une trop grande puissance. Nous citons ces divers instruments, surtout le dernier, pour engager à une extrême prudence dans son application, car la puissance d'écartement de ses trois branches risque d'amener, avec brutalité, des déchirures qui dépassent de beaucoup le but proposé et s'étendent dans la muqueuse, jusqu'à la partie externe du col. — Du reste, on n'a pas besoin de faire appel à un arsenal aussi compliqué. Les simples pinces à manches longs et à mors courts, dont on se sert pour tenir les aiguilles à suture dans l'opération des fistules vésico-vaginales, ou pour la compression des pédicules ou l'arrachement des petits polypes, ainsi que pour les pansements utérins, notamment les pinces de ce genre à mors courts et à rayures, à manches longs et à arrêt, imaginées par M. Courty, peuvent parfaitement servir à cet usage, ainsi qu'à une foule d'autres analogues. Il suffit d'introduire les mors de ces pinces dans l'orifice étroit de l'utérus, et de chercher à les écarter

brusquement en mesurant, ce qui est toujours possible, l'écartement des manches qu'on tient à la main, les doigts passés dans les anneaux, pour opérer une dilatation suffisante pour le but proposé.

M. le professeur Courty nous a assuré ne s'être jamais servi, pour la dilatation de ce genre, d'autres instruments que de pinces analogues à celles que nous venons de décrire, et en avoir toujours retiré un avantage suffisant. En effet, si l'orifice ne se laisse pas dilater autant qu'on l'a supposé, c'est que probablement un manque de muqueuse s'ajoute à la contracture, et ce serait agir contre les règles de saine chirurgie que de vouloir agrandir l'orifice par la déchirure de cette muqueuse, au lieu de l'obtenir par une section nette ou l'une des opérations qui suivent.

Mme de L....., agée de vingt-trois ans, réglée à seize ans, avec douleur, et toujours depuis lors régulièrement tous les mois, assez abondamment, mais toujours avec assez de douleur pour l'obliger à garder le lit le premier jour, et à mettre des cataplasmes sur le ventre, à faire usage de bains, de lavements laudanisés et de potions antispasmodiques, s'est mariée néanmoins à l'âge de vingt et un ans et demi, c'est-à-dire il y a plus d'un an, ou quinze mois, sur le conseil d'un vieux médecin, qui pensa que le mariage ferait cesser ses douleurs menstruelles, — comme si la dysménorrhée n'était pas aussi rarement que possible symptomatique de simples spasmes ou de douleurs ovariques, tubaires ou utérines, et ne dépendait pas au contraire le plus souvent, de conditions mécaniques ou de phénomènes pathologiques même nerveux, que les tentatives répétees de coït ne peuvent qu'augmenter.

C'est justement ce qui arriva ici, d'autant plus énergiquement que la dysménorrhée, qui était en quelque sorte nerveuse, — en ce sens qu'elle dépendait d'un spasme, d'une vraie contracture du sphincter de l'orifice vaginal, puisque cet orifice étroit, circulaire, était entouré de plis rayonnants comparables en petit à ceux de l'anus, — était néanmoins si violente, si ancienne, qu'elle déterminait sur la moelle une action intense, persistante,

ne s'en tenant pas aux simples sensations douloureuses accusées par la malade quand elle était jeune fille, mais réagissant par action réflexe sur le reste de la sphère génitale, s'accompagnant de ténesme vésical, de ténesme anal, et surtout de contracture vulvaire du *sphincter cunni* ou de vaginisme, ayant son siége principal à la vulve, à l'anneau vulvaire, mais s'élevant sur plusieurs des faisceaux musculaires du transverse périnéal profond qui entoure le vagin et bride en écharpe sa paroi antérieure et sa paroi postérieure.

Aussi, depuis plus d'un an qu'elle était mariée, Mme de L... n'avait pu admettre une seule fois l'intromission du membre viril. Quelque précaution que son mari eût prise, sur le conseil des médecins, de quelque corps gras qu'il eût oint le pénis, dans quelque attitude qu'il eût placé sa femme, il lui avait été constamment impossible de franchir l'anneau hyménéal. Une barrière infranchissable, rendue rigide chaque jour davantage, accompagnée de cris arrachés par la douleur, de mouvements convulsifs, et de tous les signes de la plus vive souffrance, s'élevait de plus en plus résistante chaque fois qu'une nouvelle tentative était faite, et finissait par causer à la jeune mariée autant de peine morale que de douleur physique, et par faire le désespoir des deux époux.

M. le professeur Courty, consulté, n'hésita pas à diagnostiquer un vaginisme provenant, par action réflexe, d'une dysménorrhée spasmodique ou par contracture de l'orifice vaginal, et, en découvrant le col à l'aide d'un spéculum à gorge très étroite, put nous faire constater la justesse de ce diagnostic. Heureusement la dysménorrhée n'avait engendré aucune des autres complications qui peuvent venir à sa suite, la congestion utérine, la métrite, la leucorrhée, etc. Le vaginisme réflexe était la seule conséquence de la contracture dysménorrhéique ; les ténesmes vésical et anal, moins sensibles, devaient céder sûrement aux moyens par lesquels M. le professeur se proposait de traiter ce vaginisme.

Ce moyen était tout indiqué par la découverte de la contracture de l'orifice vaginal. C'est cette contracture qu'il fallait

attaquer pour guérir le vaginisme, sauf à employer quelques autres moyens si, la cause supprimée (guérison de la contracture), l'effet (le vaginisme) survivait à la cause.

La dysménorrhée paraissant purement spasmodique, M. Courty, ayant déprimé la paroi postérieure du vagin par la plus étroite gouttière de Sims, sans déchirer l'hymen (les cuisses de la malade restant rapprochées), et m'ayant donné à tenir cette gouttière, accrocha le col à l'aide d'une pince-érigne convergente piquant la lèvre antérieure et l'attirant en bas, et pendant qu'il retenait ainsi le col, il introduisit dans l'orifice ses pinces à pansement, dont il écarta fortement les mors en divers sens, jusqu'à ce que la dilatabilité et la dilatation lui parurent parfaites ; ce qui ne se fit pas sans arracher des cris à la malade. Mais la douleur fut aussi courte et fugitive qu'elle avait paru intense, et il fut inutile de recourir aux sédatifs. Un grand bain avec un kilo de son, accompagné d'injections vaginales à l'aide d'une canule fine, que la malade put introduire pour la première fois, calma promptement cette douleur.

M. Courty recommanda l'usage de bains entiers prolongés avec 1 kilo de son et injections tout le temps, pendant une semaine au moins. En même temps il prescrivit l'usage, tous les soirs à l'heure du coucher, d'une pilule contenant 20 centigrammes de savon médicinal, 1 cent. d'extrait de belladone, 1 centigr. de poudre de belladone mêlés ; et tous les matins, à moins d'évacuations alvines régulières, d'un lavement composé de trois cuillerées à soupe de glycérine dans un demi-litre d'eau chaude.

Il se proposait, si la guérison se fût fait attendre, d'introduire dans l'orifice des éponges préparées couvertes de pommade à la belladone, retenues par un tampon avec force glycérine pour humecter et assouplir le tissu du col. Mais la suite de ce traitement fut inutile, et, grâce à quelques précautions et à beaucoup de douceur dans l'intromission, la copulation put enfin s'effectuer et continuer à se faire régulièrement jusqu'au moment, où (trois mois après l'opération) un commencement de

grossesse vint confirmer l'efficacité du traitement et la sûreté de la guérison.

Ainsi, la dilatation brusque est le premier moyen; mais, bien entendu, applicable seulement au cas où la contracture du sphincter constitue l'étroitesse. — La section ou débridement bilatéral de la muqueuse, tel est le second moyen quand l'étroitesse de l'orifice, tout en portant sur des tissus minces, est causée par un manque de développement de la muqueuse et non par la contracture du sphincter.

Quoique, dès la première exploration, on puisse porter assez sûrement le diagnostic de cette variété, et que la facilité du cathéter de se mouvoir largement dans la cavité cervicale derrière l'orifice étroit, mais à bords minces, soit due au défaut de largeur dans la formation de cet orifice aux dépens de la muqueuse, il est bon, avant de faire le débridement, de s'assurer de la perfection du diagnostic et d'essayer si l'on ne pourrait pas, par quelque autre moyen, arriver à la dilatation de cet orifice, de manière à éviter le débridement.

Aussi conseillons-nous d'imiter la conduite que nous avons toujours vu tenir à M. le professeur Courty, et qui consiste à essayer la dilatation progressive et lente à l'aide de l'éponge préparée. On introduit, trois ou quatre jours de suite, des cônes d'éponge préparée de dimensions graduellement croissantes, recouvertes de la pommade à la belladone (1 gram. extrait sur 4 gram. axonge), en ayant soin de verser sur le col trois ou quatre cuillerées de glycérine, et de pousser tout contre le col avec un tampon de coton, destiné à maintenir le cône d'éponge dans l'orifice utérin. L'avantage double de la glycérine, dans ce cas, c'est de déterminer une sécrétion séro-muqueuse très abondante, qui dégorge et assouplit le tissu du col, et d'empêcher en même temps toute odeur de se produire en désinfectant la cavité vaginale, qui ne manque pas, sans cette précaution, de contracter une odeur détestable due à l'échauffement et à l'aigrissement du mucus retenu par l'éponge et le tampon. Le lendemain, la femme se met dans un bain, retire le tampon et l'éponge, et fait tout le temps du bain des injections vagi-

nales avec l'eau du bain. On peut recommencer la dilatation après quelques jours de repos. On y trouve l'avantage de voir jusqu'à quel point l'orifice peut être agrandi, et l'on arrive quelquefois ainsi à se passer de tout autre moyen d'agrandissement.

Dans le cas où le débridement est indispensable, la dilatation par l'éponge préparée indique bien si l'on ne s'est pas trompé sur l'amincissement des bords de l'orifice, si une lèvre n'est pas plus épaisse que l'autre, enfin s'il n'y a aucune complication nécessitant l'adjonction de quelque autre moyen de traitement au débridement. Car, il faut bien se le rappeler, rarement cette altération, ou plutôt ces diverses variétés : étroitesse par contracture musculaire, étroitesse par insuffisance de muqueuse, étroitesse avec épaississement des tissus et prolongation plus ou moins grande de l'orifice transformé en véritable canal, etc., etc., ne se rencontrent isolément et à l'état de simplicité organique. La plupart du temps, elles sont au contraire associées, et souvent un enchaînement de circonstances fait que l'une engendre successivement l'autre, et même toutes les autres. Ainsi, quelle que soit la variété d'étroitesse qui existe dans le principe, elle ne tarde pas à amener, par le fait de la dysménorrhée et des douleurs qu'elle entraîne, un état d'irritation, de spasme et de contracture de l'orifice, l'inflammation chronique du col se propageant à une zone plus ou moins étendue, ainsi qu'une induration hypertrophique de l'organe et, par suite, une modification des bords de l'orifice, qui, de minces qu'ils étaient d'abord, peuvent devenir plus ou moins épais. Aussi importe-t-il toujours d'éclaircir la question à ces divers points de vue par l'introduction successive de plusieurs cônes d'éponge préparée.

En admettant que la dilatation en question démontre la nécessité du débridement, cette opération devant suffire à donner à l'orifice une forme et des dimensions normales et persistantes, il y a plusieurs manières d'opérer ce débridement, et plusieurs instruments peuvent servir à cet usage. Les plus usités de ces

instruments sont les ciseaux, le bistouri caché et le simple bistouri boutonné, ou ténotome à long manche.

On a cherché à adapter ces instruments, par diverses modifications, à l'usage auquel on les destinait. Ainsi, on a imaginé des ciseaux munis d'une pointe en forme d'érigne à l'extrémité pour limiter l'étendue de la section, ou à dents de scie pour faire une mâchure plutôt qu'une section, dans dans le but d'imiter l'écraseur linéaire et d'éviter l'hémorrhagie.

Nous avouons ne pas reconnaître grande supériorité à aucune de ces modifications, et préférons pour notre usage de simples ciseaux droits, à lames courtes et à long manche, comme ceux dont on se sert pour aviver les lèvres de la plaie dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Quelques gynécologues ont imaginé, au lieu de ciseaux, des bistouris à lames cachées, pouvant sortir de leurs gaînes et y rentrer, de manière à pouvoir être conduits sur le doigt, sans spéculum, dans la cavité du col, et, en dégageant la lame à l'aide d'une pression sur le manche, sectionner le col au moment où l'on retire l'instrument.

Le premier de ces instruments, imaginé par Simpson, ressemble beaucoup au lithotome caché du frère Côme pour l'opération de la taille. Aussi, pour effectuer le double débridement, faut-il l'introduire et retirer successivement deux fois, pour diviser à droite et à gauche.

Cet inconvénient de revenir à deux reprises pour compléter l'opération a fait imaginer par les constructeurs une foule d'hystérotomes à deux lames, plus ou moins compliqués, qu'on peut introduire fermés dans le col, dont on ouvre les lames par des mécanismes variables, et à l'aide desquelles on divise le col simultanément des deux côtés, en retirant l'instrument vers soi, de manière à le faire sortir de la cavité cervicale.

Il faut convenir qu'au point de vue de la construction, l'hystérotome double de Greenhalg est un instrument d'une perfection remarquable. Mais le moindre inconvénient que

présentent ces hystérotomes, c'est d'être trop compliqués et d'un entretien difficile, comme tous les instruments à mécanisme complexe. Un inconvénient plus grave est le danger qu'on peut courir en dépassant les bornes que doit avoir la section, surtout dans la partie profonde, au niveau de l'orifice interne, qui ne doit jamais être sectionné, tant le danger de cette opération serait grand. L'épaisseur des tissus variant d'une femme à l'autre, la division par l'hystérotome, en supposant qu'elle ne s'opère que dans les parties inférieures du col, peut encore être insuffisante chez les unes, et dépasser chez les autres l'épaisseur de l'organe et donner lieu à des hémorrhagies graves. Aussi rappellerons-nous ici le précepte de M. le professeur Courty, qui est de ne jamais porter le débridement que sur l'orifice externe, en se contentant pour l'orifice cervico-utérin, dont nous ne parlons ici du reste qu'incidemment, de se borner, disons-nous, à la dilatation par l'éponge préparée, et pas même par la laminaire, qu'on peut s'exposer à ne plus pouvoir retirer, si elle s'est trop dilatée au-dessus d'un orifice trop rigide.

Pour revenir à l'orifice vaginal, le seul qui doit nous occuper ici, nous préférons avec M. Courty, à tous les divers hystérotomes dont nous venons de parler, le simple ténotome droit à long manche, ou le bistouri couvert de Blandin, dont la lame mince peut être découverte, suivant le besoin, d'une quantité plus ou moins considérable.

Au lieu de manœuvrer les instruments sans en voir le jeu en les introduisant sur le doigt, nous préférons découvrir le col à l'aide d'un spéculum à deux valves ou à une seule gorge.

Le col est alors saisi et légèrement descendu vers la vulve à l'aide d'une pince-érigne divergente introduite dans le col, et dont les pointes sont plus ou moins écartées.

L'avantage double de cette pince est de fixer l'organe, qui ne peut fuir devant l'instrument, et de tendre le tissu au niveau de la commissure ou du point sur lequel doit porter l'incision. — Introduisant alors le ténotome d'une quantité proportionnelle à

l'épaisseur du tissu et à l'étendue qu'on veut donner à l'incision, on divise doucement par des mouvements de va-et-vient répétés, l'un et l'autre côté dans une étendue de 1 à 2 centimètres ; on s'assure ensuite, avec le cathéter, que les divisions portent sur toute l'étendue nécessaire ; on referme la pince-érigne et on la retire,

Il faut immédiatement après tamponner le vagin, et même la précaution d'imbiber le premier tampon avec du perchlorure de fer à 30° n'est pas superflue.

Il faut toujours se méfier de la possibilité d'une hémorrhagie pouvant survenir plus tôt ou plus tard à la suite de cette petite opération. Elle peut survenir, non pas qu'on ait intéressé des vaisseaux d'un fort calibre, mais parce que le tissu du col est souvent congestionné, chez ces malades, par la chronicité de la maladie, ou parce que, au moment de la réaction qui suit l'opération, il se produit quelquefois un mouvement fluxionnaire qui est la cause d'une hémorrhagie.

Et ne sait-on pas d'ailleurs que, par une simple émotion, un utérus qui n'a été soumis à aucun traumatisme peut être atteint d'une métrorrhagie inquiétante ?

Comme il ne coule pas ou peu de sang immédiatement après le débridement, on pourrait s'éloigner sans méfiance et se trouver hors de portée de la malade au moment de l'hémorrhagie, et laisser la femme exposée à toutes les suites fâcheuses de cet accident.

Il ne faut même enlever les tampons que plusieurs jours après ; ou plutôt on commencera par ôter le tampon placé inférieurement, puis on ôte celui qui est plus élevé, et ainsi de suite de proche en proche, ayant soin de faciliter cette ablation par des bains, des injections qui, en humectant le coton, en facilitent l'ablation. On a soin d'ajouter un peu de coaltar ou de phénol à l'eau de l'injection, pour désinfecter le coton et la cavité vaginale, souillés de sang qui se décompose et acquiert chaque jour davantage une mauvaise odeur.

Au bout de quelques jours, tout le coton est enlevé ; on s'assure avec le cathéter que le débridement est bien conservé,

mais on renvoie à plus tard la dilatation par les éponges préparées, ou tout autre complément de l'opération qui pourrait être nécessaire. — Il faut avoir bien soin de faire garder à la malade le repos, prendre des bains, des injections émollientes, enfin de l'obliger de soigner bien sa santé, jusqu'au moment où la cicatrisation complète ne l'exposera plus aux inflammations ou autres accidents qui peuvent survenir, lorsqu'on ne prend pas ces diverses précautions vraiment indispensables.

Mlle P..., âgée de vingt-six ans, réglée à quatorze ans, fortement, régulièrement, mais avec des douleurs qui augmentèrent chaque fois de plus en plus, vit aussi peu à peu la menstruation devenir de plus en plus irrégulière, au point de rester plusieurs mois sans voir paraître du sang, temps pendant lequel il se produisait tantôt un flux hémorrhoïdal, tantôt des hémoptysies, qui étaient de véritables menstruations supplémentaires, mais irrégulières. Après ces longs retards ou ces longues interruptions, le sang revenait à l'utérus et les règles se remettaient à couler, quelquefois assez fortement pour sortir sous forme de caillots, et assez longtemps pour être en quelque sorte interminables et ne céder qu'aux moyens les plus variés (applications froides, glacées; ou, au contraire, bains chauds, injections chaudes; applications chaudes, brûlantes, sur le sacrum, les lombes ou l'épigastre; hémostatiques internes de toutes sortes, quelquefois longtemps continués sans efficacité, d'autres fois arrêtant en peu d'heures ou peu de jours une hémorrhagie datant de plusieurs semaines).

La maladie de Mlle P... avait été attribuée non seulement aux maladies de matrice les plus diverses, mais encore à toute autre maladie, notamment à une maladie de la moelle, dont la métrorrhagie aurait été symptomatique.

L'examen méthodique démontra à M. le professeur Courty que la moelle épinière n'était pas malade; que l'orifice utérin était atteint d'une étroitesse congénitale à forme circulaire sur le sommet d'un col conique; que l'utérus était considérablement augmenté de volume par l'accumulation de sang et ensuite de

mucus dans la cavité, et que malheureusement, bien que l'hymen fût intact, Mlle P..., gâtée par de jeunes camarades de pension, avait des habitudes solitaires déplorables qui, la poussant à une masturbation effrénée, excitaient par moments l'organe d'une manière désastreuse, y provoquaient des mouvements fluxionnaires excessifs, suivis d'une congestion intense et prolongée, cause de ces hémorrhagies interminables que les mauvaises habitudes de la malade rappelaient toujours au moment où elles allaient s'éteindre.

M. Courty ne songea pas à l'excision de l'hymen, qu'il a vu échouer entre ses mains comme entre celles de plusieurs praticiens de sa connaissance qui ont voulu tenter ce moyen ; mais il crut utile de faire cesser la cause mécanique de la dysménorrhée, qui ne pouvait qu'ajouter défavorablement son influence à celle de la percussion morale pour faire durer et entretenir la congestion utérine, la ménorrhagie; la métrorrhagie était évidemment une des causes de ces pertes de sang, de la dysménorrhée et de l'impulsion à la masturbation.

Le cathéter se mouvant dans tous les sens aisément, non seulement dans la cavité utérine, mais même dans celle du col aussitôt l'orifice vaginal franchi, l'utérus étant assez mobile, M. le professeur Courty introduisit dans l'orifice des pinces érignes divergentes, et, accrochant les deux lèvres, si l'on peut appeler ainsi les deux points opposés antérieur et postérieur de cet orifice circulaire sur un col conique, l'attira à lui, l'abaissa, au point de pouvoir y introduire son ténotome mousse à long manche et de faire un large débridement bilatéral de cet orifice.

L'opération fut suivie d'un résultat immédiat favorable et très apparent. Dès ce moment, les pertes blanches catarrhales diminuèrent considérablement, et les hémorrhagies devinrent sensiblement moins longues, plus fréquentes, de manière à se rapprocher de plus en plus de la régularité normale. Mais, malgré tous les moyens ajoutés à cette opération dans le but d'en compléter l'effet, Mlle P... n'ayant pu rompre avec ses funestes habitudes, on a dû renoncer à atteindre une guérison

complète et définitive. En outre, notre jeune malade ne s'étant pas mariée, on n'a pas pu juger de l'efficacité du double débridement eu égard à la fécondation. Les menstruations supplémentaires ne se sont plus reproduites.

Une variété bien distincte des précédentes est celle dans laquelle l'orifice étroit se trouve limité par une bordure de tissu dur et plus ou moins épais conduisant dans la cavité cervicale, quelquefois même d'une manière sinueuse quand l'induration, l'épaississement et l'hypertrophie portent inégalement sur l'une ou l'autre des lèvres ou des parois de cet orifice.

Dans ce cas, il est tout à fait indiqué de faire usage des corps dilatants; et, suivant la résistance de l'orifice à la dilatation, son étendue en profondeur, ses sinuosités, etc., il peut être utile de se servir de tiges de laminaire au lieu de cônes de l'éponge préparée. En principe, nous admettrons, avec M. Courty, que l'éponge est préférable à tout autre corps dilatant, notamment à la laminaire, celle-ci présentant le danger que nous avons signalé à propos de la dilatation de l'orifice cervico-utérin, c'est-à-dire la difficulté, voire même l'impossibilité de la retirer, du moins sans débrider l'orifice: mais, comme ce débridement de l'orifice cervico-utérin peut être tout à fait dangereux, il doit être expressément défendu de se servir de la laminaire pour cet usage. Le même inconvénient n'existe pas pour l'orifice vaginal, et, bien qu'en principe nos préférences soient pour l'éponge préparée, nous devons reconnaître qu'avec la laminaire on fait des tiges plus minces, plus unies, plus égales, ayant une si grande puissance de dilatation, qu'on ne peut guère résister au désir de mettre à profit ces avantages, d'autant plus que le pire qui puisse arriver, c'est de débrider l'orifice pour en retirer le corps dilatant, et que, en introduisant un fin ténotome entre la tige de la laminaire et la muqueuse jusque dans la cavité cervicale, il est aisé de débrider l'orifice dans des points convenables, sans faire courir aucun danger à la malade. Si l'on n'a pas de laminaire, on agira tout de même avec l'éponge préparée, seulement l'opération durera plus longtemps; il

faudra commencer par des éponges fines et courtes, n'en augmenter que graduellement le volume et la longueur, et l'on finira toujours par triompher des obstacles. Le temps plus long qu'on sera obligé d'employer avec l'éponge ne sera pas du reste perdu; car il faut bien savoir qu'ici l'indication n'est pas toujours simple, mais souvent multiple.

Mme B..., âgée de 27 ans, réglée à quatorze ans, assez abondamment, régulièrement tous les mois, avec des douleurs supportables, n'obligeant pas la malade à garder le lit, mais se prolongeant souvent deux jours plutôt qu'un, douée d'ailleurs d'une bonne santé, sauf un tempérament lymphatique et quelques affections scrofuleuses légères de l'enfance qui avaient nécessité l'usage des bains de mer plusieurs années de suite, mariée à vingt-deux ans, vint consulter M. Courty, il y a quelques années, pour apprendre à quoi tenait une stérilité qui, depuis trois ans qu'elle était mariée, ne s'était pas encore démentie une seule fois. Les règles n'ayant pas fait défaut un seul jour, n'avaient pas eu une heure de retard; il n'y avait jamais eu de ménorrhagie, par conséquent pas le moindre soupçon d'avortement ni de fécondation.

L'examen pratiqué devant le médecin ordinaire de la malade démontra que la dysménorrhée et la stérilité tenaient l'une et l'autre à une étroitesse de l'orifice à forme circulaire, se prolongeant sous forme d'une sorte de canal légèrement sinueux, de 7 à 8 millimètres jusqu'à la cavité cervicale, qui paraissait elle-même peu développée et conduisait, à travers un orifice cervico-utérin aisément franchissable, dans une cavité utérine large où le cathéter se mouvait aisément en tout sens et où il pénétrait jusqu'à une profondeur totale de 9 centimètres, ce qui prouvait que dans cet utérus, où aucune gestation ne s'était produite, le sang avait dû être retenu en assez grande quantité aux époques menstruelles pour élargir peu à peu, d'une façon assez considérable, la cavité de l'organe; heureusement à cette augmentation de capacité de la cavité utérine ne s'ajoutait ni de la leucorrhée, ni de la ménorrhagie, ni de l'inflam-

mation partielle ou totale du col, du tissu propre, de la muqueuse ou des follicules de cet organe.

Tout le tissu paraissait concourir à l'étroitesse de l'orifice vaginal, qui tenait à une insuffisance de tissus et nullement à une contracture ou à un spasme des faisceaux musculaires. La seule complication de cette étroitesse, engendrée par la dysménorrhée, était l'induration partielle sous forme de noyaux indurés plutôt que d'une induration générale, ce qui donnait au canal formé par cet orifice vaginal une disposition légèrement sinueuse. Cette dernière circonstance fut cause que M. le professeur Courty conseilla au médecin ordinaire de la malade l'usage de la laminaire en tiges creuses et fines, plutôt que de l'éponge préparée, pour faire la dilatation (une dilatation compressive excentrique, c'est-à-dire en même temps résolutive) de cet orifice.

Cette dilatation devait être faite trois ou quatre jours de suite et reprise après huit ou dix jours de repos ; répétée ainsi deux fois par mois par périodes de quatre ou cinq jours chaque fois ; être aidée par la belladone en applications topiques, la glycérine les injections, et surtout les bains entiers avec 1 kil. de son et 200 grammes de sous-carbonate de soude, avec injection tout le temps du bain, les laxatifs répétés et la régularité des garde-robes entretenue par le savon médicinal (20 centigrammes) et l'extrait de belladone (1 centigramme) tous les jours, etc. A la fin, l'hydrothérapie fut associée au traitement.

Six mois de ce traitement furent nécessaires pour rendre à l'orifice une forme et des dimensions propres, et à lui permettre de remplir ses fontions. A peine ce temps écoulé, la jeune femme devint enceinte et la guérison a été si radicale que depuis lors elle a eu plusieurs enfants, c'est-à-dire qu'il ne s'est jamais écoulé deux ans sans qu'une nouvelle grossesse ait témoigné de sa fécondité.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS

Séance du 19 juillet

Présidence de M. H. Henrot.

PROLAPSUS UTÉRIN. — SUTURE DU VAGIN. — PROCÉDÉ DE LE FORT.

Service de M. le Dr Decès. Obs. par M. Janin. — La nommée R.., agée de vingt-quatre ans, est entrée le 24 mai 1882 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Catherine, n° 21.

Cette jeune fille, réglée à l'âge de 13 ans, est accouchée à quinze ans d'un enfant mort quelque temps après sa naissance ; l'accouchement se fit facilement, mais elle ressentit bientôt des douleurs vagues du côté des organes génitaux et depuis elle est atteinte d'écoulements leucorrhéiques abondants et voit ses règles tous les quinze jours environ.

Il y a deux ans, l'utérus commença à faire saillie au dehors, on appliqua des pessaires pour le maintenir, mais en vain ; l'état de la malade ne fit qu'empirer de jour en jour. Comme elle travaillait à la buanderie et par cela même se trouvait tout le jour dans la station verticale on crut devoir rattacher à cette cause la chute de l'utérus ; on l'occupa alors à d'autres travaux, mais il ne se fit aucune amélioration.

Le décubitus dorsal semblait cependant favoriser la rentrée de l'utérus et empêcher son déplacement, mais la station verticale et la marche le faisaient bientôt redescendre : il en résultait pour la malade une gêne extrême dans la marche et une douleur assez vive causée par l'utérus ulcéré au contact des vêtements.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, nous constatons un prolapsus complet de l'utérus qui est sorti tout entier hors de la vulve et coiffé par la muqueuse vaginale retournée sur lui comme un doigt de gant.

La suture du vagin est décidée et l'opération a lieu le 29 juin, en présence de MM. les Drs Lévêque, Moret et Hoël.

La malade est placée sur le bord d'un lit, la tête légèrement relevée par un oreiller; les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin sont tenues par deux aides. Elle est chloroformée, mais incomplètement, à cause d'une affection du cœur qui empêche de pousser l'anesthésie trop loin. L'utérus fait complètement saillie au dehors en avant de la vulve et occupe une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Sur la paroi supérieure un lambeau de 12 cm de longueur sur 2 cm 1/2 de largeur environ est excisé avec le bistouri et les ciseaux; l'extrémité antérieure du lambeau est un peu plus large que l'extrémité postérieure; la même excision est faite sur la paroi inférieure; la muqueuse seule est enlevée en ayant soin de ménager avec la plus grande attention la vessie d'une part et le rectum de l'autre.

La quantité de sang perdue est très peu considérable; quelques artériodes ont dû cependant être tordues au moyen de pinces de Péan.

La suture est pratiquée à l'aide de fils cirés au nombre d'une douzaine de chaque côté, puis la partie inférieure de la plaie d'avivement est réunie au niveau de la vulve.

La masse utérine rentre peu à peu dans la cavité vaginale par la seule application des sutures qui la réduisent naturellement; l'opération finie, rien n'apparaît plus en dehors de la vulve.

Une injection composée de moitié eau fraîche et moitié eau phéniquée est faite avec l'irrigateur.

On donne à la malade une potion calmante, du bouillon et du lait. Ce traitement est continué les quelques jours qui suivent l'opération. Elle ne ressent aucune douleur. Peu de fièvre; le pouls oscille entre 75 et 85 pulsations.

Durant quelques jours, il y a eu un peu de constipation que les lavements ont fait bientôt disparaître.

Huit jours environ après l'opération, la malade a éprouvé du côté des voies urinaires de légers troubles, mais qui ont aussi disparu rapidement.

Depuis, il n'y a rien de particulier à noter; la malade a bon appétit, mais elle garde toujours le lit.

Des injections composées de moitié eau fraîche et moitié eau phéniquée sont faites chaque jour matin et soir.

Le 16 juillet, cinq des fils de la suture sont enlevés. La réunion semble faite. La malade est en bonne voie de guérison.

Séance du 2 août 1882

Présidence de M. H. Henrot

A PROPOS D'UNE OVARIOTOMIE

M. Lévêque rapporte l'histoire d'une opération d'ovariotomie faite il y a peu de temps à l'hôpital Ténon, par MM. Lucas, Championnière, Terrier et Périer. Il s'agissait d'une jeune fille de 17 à 18 ans, ayant un kyste uniloculaire.

Toutes les précautions antiseptiques sont prises ; l'opération se fait dans une salle d'isolement affectée aux seules opérations d'ovariotomie. La salle est exposée au N.-E., large et haute, éclairée par deux larges fenêtres à droite et à gauche. Le matin même de l'opération on prépare un appareil de Lister complet, jusqu'aux épingles. Les instruments plongés dans une solution forte d'acide phénique et les chauffe-linges sont placés dans une salle à côté. Les internes et infirmiers ont pris un bain, ont changé de vêtements et ne sont entrés dans aucune salle de malades.

La salle d'opération est à une température de 22°. Il y a deux lits, l'un où l'on chloroformise et plus tard où on mettra la malade, l'autre où on l'opère. Ce dernier est composé d'une espèce de planchette en forme de plateau débordée de tous côtés par le tronc lui-même; par un ingénieux système, ce plateau se disloque en deux sous l'influence d'un mouvement sec. A ce plateau sont jointes deux gouttières pour les membres inférieurs.

La malade introduite dans la salle, on lui enlève tous ses vêtements ; on lui passe autour des jambes une épaisse couche d'ouate maintenue par de la tarlatane phéniquée, la température élevée joue un grand rôle dans l'opération. On endort la malade jusqu'à la résolution absolue, puis on la transporte sur le lit plateau.

Les internes et les infirmiers entrent à ce moment seulement dans la salle. Les instruments admirablement tenus sont donnés directement aux chirurgiens par les employés de la maison Collin. Les instruments les plus nombreux sont les pinces de Péan, et les pinces en T pour sectionner les adhérences.

Sous une pulvérisation phéniquée très épaisse, on commence par laver l'abdomen avec l'acide phénique. M. Lucas se place entre les jambes de la malade, MM. Terrier et Périer à droite et à gauche.

M. Lucas fait une incision qui intéresse toute la peau de l'abdomen, sur la ligne médiane dans une étendue de 10 centimètres (l'incision doit être le moins longue possible). Vers le milieu de l'incision il coupe légèrement le péritoine d'un coup de ciseau, et agrandit l'ouverture par la sonde cannelée.

On saisit tous les petits vaisseaux avec les pinces de Péan qu'on laisse à demeure. On recouvre la poitrine, la partie sus-ombilicale de l'abdomen de linges chauds; on enroule les lèvres et les angles de la plaie dans des compresses phéniquées chaudes. Il ne reste ainsi qu'une fente, par où paraît un kyste vasculaire; on fait la ponction du kyste avec un trocart à dard, on aspire le liquide.

Sur le kyste même on applique des pinces très fortes ressemblant aux lunettes d'un amygdalotome. Le kyste est attiré en dehors.

Ici c'était un kyste para-ovarique, implanté sur le ligament large. Ce kyste n'est pas très volumineux. Le pédicule est traversé et divisé en deux par un double fil de catgut; on enroule les extrémités des deux fils l'un sur l'autre. Puis on coupe le pédicule. On fait alors la toilette du péritoine et du petit bassin avec des éponges neuves, trempées dans des solutions fortes, puis exprimées. On réduit le tout dans l'abdomen même le pédicule suivant la méthode actuelle. Cependant M. Terrier se demande si dans certaines circonstances le procédé de transfixer le pédicule et de le laisser en dehors ne préservait pas de certains dangers.

On lave les lèvres de la plaie. On traverse le péritoine par trois points de suture profonde de façon à adosser le péritoine à lui-même. On a ainsi plus de chances d'éviter une péritonite. On ne met pas de drain, on fait une suture superficielle très soignée avec les aiguilles de Reverdin et des fils d'argent. On lave, on met le protective, de la gaze phéniquée déchiquetée, puis 8 ou 10 feuilles de gaze et le mackintosh; on recouvre le ventre d'ouate, ce qui fait que le corps depuis les bras jusqu'aux orteils est plongé dans une épaisse couche d'ouate.

On transporte la malade sur le premier lit, en enlevant les jambières et en ouvrant d'un coup sec le plateau sur lesquel elle repose. Sous les cuisses on met des coussins énormes pour ramener le relâchement abdominal.

S'il y a douleurs ou vomissements, on fait des injections de morphine par 1/2 et 1/4 de centigrammes.

On administre des cordiaux : champagne, bouillon, on laisse la malade dans la salle d'opération; le second pansement n'est fait que 4 ou 5 jours après. Vers le cinquième ou sixième jour on enlève les sutures. Au bout de 12 jours, la malade était guérie.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

M. le Dr Meunier présente une jeune femme de vingt-trois ans, enceinte de trois mois. Depuis trois semaines elle est prise de vomissements incoercibles, accompagnés de crises gastralgiques très douloureuses. Malgré tous les traitements, les vomissements continuent; elle maigrit considérablement et le 26 juillet elle commence à être prise de fièvre hectique. M. Meunier présente cette malade à la Société le 2 août, et demande la conduite à tenir.

M. Brébant par le toucher constate qu'il y a réellement grossesse; en outre qu'il y a un certain degré d'antéversion du col et surtout un enclavement latéral du corps de l'utérus, qui, développé par le produit de la conception, s'est en quelque sorte enkysté dans le bassin et y a perdu toute mobilité. Et M. Brébant pense que la cause de ces vomissements incoercibles est non la grossesse mais l'enclavement de l'utérus, et que le meilleur remède à apporter à l'état de choses est de chercher par des manœuvres à relever et à pousser l'utérus vers la partie supérieure et de lui permettre un libre développement.

Il croit qu'en trois ou quatre jours, ce relèvement peut être obtenu, et qu'ainsi, la grossesse pourra sans accident arriver à son terme. C'est aussi l'avis de M. Henrot, qui en outre, conseille de relever les forces de la malade. M. Henrot rattache la fièvre hectique à un état anémique dû à l'autophagie.

Les manœuvres conseillées par M. Brébant, ont été tentées sans succès, le 3, 4 et 5 août.

Le 5, M. Meunier en désespoir de cause, a recours à l'avortement et le 8, la femme dans un état de faiblesse considérable, meurt après avoir mis un fœtus au monde et sur le point d'en expulser un second.

M. Meunier doit à la prochaine séance de la Société, communiquer l'observation complète de cette malade.

M. Hoel lit une observation d'invagination intestinale chez une enfant de 11 mois, invagination guérie par des douches d'air.

OBSERVATION D'INVAGINATION INTESTINALE CHEZ UNE ENFANT DE 11 MOIS

Par le Docteur Hoel.

Le mardi 25 juillet, cette enfant habituellement bien portante et bien soignée, a été prise brusquement à 10 heures du matin, de vomissements jaunâtres et verdâtres et de coliques très vives. A 4 heures du soir, la mère s'aperçoit que les linges placés sous l'enfant sont tachés de sang et que par l'anus sortent quelques gouttes de sang absolument pur. A 7 heures du soir, nous trouvons l'enfant dans un état grave: face pâle, traits contractés, pouls petit, extrémités froides, les yeux un peu caves. — Potion excitante, linges chauds, lavements d'eau tiède.

26 juillet. Vomissements moindres, état général le même; toujours larges taches de sang pur ; ventre mou, non ballonné, à gauche de l'ombilic, nous sentons un cordon dur, dirigé de haut en bas et de droite à gauche, irrégulier, tordu sur lui-même. Par le toucher rectal, l'extrémité du petit doigt, à quatre centimètres et demi environ, au-dessus de l'anus, sent un bourrelet mou et régulier ; c'est l'extrémité de l'anse intestinale invaginée. On ramène avec le doigt du sang et du mucus à odeur fade. Nous faisons des insufflations assez fortes d'air avec une poire foulante en caoutchouc ; insufflations, d'abord lentes, puis rapides. Pas de douleur. Il semble à la palpation que le cordon a un peu diminué de volume.

Le soir, état général un peu meilleur. Par le toucher on ne sent plus le bourrelet rectal. Nouvelles insufflations; aussitôt après, la main ne sent plus le cordon irrégulier.

27 au matin. Etat général beaucoup meilleur; l'enfant est plus gaie, moins abattue, il n'y a plus de vomissement. On sent de nouveau dans l'abdomen un cordon irrégulier, mais moins long, moins épais, moins dur que la veille. L'enfant rend encore du sang, mais mêlé à des matières fécales un peu jaunâtres et liquides. Nouvelles insufflations, nouvelle disparition du cordon.

28 juillet. Etat général bon, l'enfant est gaie et boit bien, elle ne rend plus de sang pur ; le cordon abdominal est beaucop moins sensible qu'hier, il faut une certaine attention pour le trouver. Nouvelles insufflations.

29 juillet. Etat général bon, ventre très souple sans induration

aucune, on ne sent plus de cordon. Les fèces sont plus dures, d'un jaune foncé.

L'enfant est guérie.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle est un cas type de l'invagination de la première enfance qui diffère de l'invagination intestinale chez l'adulte, par la soudaineté de l'attaque, par le melœna, par l'absence de vomissements fécaloïdes et de ballonnement du ventre.

Ce qui est particulier à ce cas, c'est l'efficacité des douches d'air et la disparition graduelle et lente, et non d'un seul bloc, de l'invagination. L'anse invaginée le 25 à 10 heures du matin, n'est redevenue absolument libre que le 28 au soir.

(*Union Médicale et Scientifique du Nord-Est.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE DUBLIN, 1882.

SUR L'HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS. — ATTHILL.

Depuis longtemps, l'auteur avait observé des cas dans lesquels l'utérus était simplement hypertrophié. On pouvait, au premier abord croire à l'existence de tumeurs fibreuses dans les parois de l'organe, mais il s'agissait seulement d'une hypertrophie du corps de l'utérus. Atthil montre une pièce anatomique qui démontre la justesse de son opinion.

Il s'agissait d'une femme atteinte, depuis longtemps, de métrorrhagies abondantes ; on pensa à l'existence d'un corps fibreux. L'autopsie montra qu'il n'y avait aucune trace de tumeur. L'utérus était seulement hypertrophié.

En somme, le fait rapporté par Atthill semble répondre exactement aux faits de métrite hypertrophique qui ont été décrits chez nous. Il est regrettable que l'auteur n'ait pas cru devoir, par un examen histologique complet, déterminer la part qui, dans cette hypertrophie, revenait à l'augmentation de l'épaisseur de la muqueuse. On sait, en effet, que, dans le cas de mérite hypertrophique, la paroi musculaire est peu modifiée, tandis que l'épaisseur de la muqueuse peut atteindre un et deux centimètres.

NOMA DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES. — PUREFOY.

Le Dr Purefoy, s'appuyant sur cinq cas observés par lui, donne une description de cette grave et heureusement assez rare maladie. Pendant deux ou trois jours, la malade, le plus souvent il s'agit d'enfants, éprouve une fièvre intense et, de suite, l'attention du médecin est attirée vers les organes génitaux externes, qui sont le siège d'une douleur des plus vives. Les grandes lèvres sont enflammées, œdématiées, de couleur livide. Vingt-quatre heures après le début de la maladie, elles sont déjà recouvertes de vésicules qui siègent sur les faces externes et internes des grandes lèvres et qui, en se rompant, laissent à nu de larges ulcérations d'où s'écoule un liquide fétide ichoreux qui souille et enflamme tous les points voisins.

L'état général devient immédiatement grave, le visage est pâle et prend un aspect pathognomonique. Il y a de la rétention d'urine, les ulcérations vont gagnant rapidement en profondeur et en largeur, une diarrhée incoercible se produit, une terminaison fatale paraît imminente.

Comme traitement, le docteur Purefoy recommande de lutter contre la douleur et d'établir un traitement antiphlogistique. Quant au traitement local, il se trouve bien d'appliquer sur les parties malades de l'huile phéniquée au quart. Pour traitement général, il prescrit les toniques à haute dose, le quinquina.

En agissant ainsi, le docteur Purefoy a pu sauver quatre malades sur cinq.

A la suite de cette communication s'est élevée une discussion dont voici le résumé :

Le Président (Byrne) dit qu'il a observé un certain nombre de cas de cette nature, et montre qu'il faut bien distinguer de la vulvite le noma, qui est ordinairement limité à une seule des grandes lèvres.

Kennedy félicite le docteur Purefoy des nombreux succès qu'il a obtenus, car, d'après son expérience personnelle, le noma des organes génitaux externes est une affection qui se termine généralement par la mort. Dans les cas de cette nature, Kennedy employe le chlorate de potasse de préférence au sulfate de quinine.

More Madden a vu un grand nombre de cas de noma des organes génitaux, d'inflammation gangreneuse des organes génitaux externes

et de vulvite ordinaire. Dans un grand nombre de cas, il s'agissait de faits qui étaient du ressort de la médecine légale, car les enfants avaient été l'objet de tentatives de viol consommé ou non.

Il attache la plus grande importance comme traitement à la propreté la plus exquise, lavages fréquents, bains répétés, lotions avec des liquides antiseptiques, tel est le traitement qui réussit le plus souvent.

Macan ne pense pas que le véritable noma des organes génitaux soit une affection aussi fréquente que le pense l'auteur précédent; il pense que le docteur More Madden a confondu deux maladies bien distinctes, la vulvite ordinaire et la gangrène de la vulve.

Docteur Roe vient appuyer les paroles de Macan sur la rareté de la gangrène de la vulve; pour lui, le meilleur traitement consiste à appliquer sur les parties malades de l'acide nitrique, et de donner, en même temps, aux malades, une bonne alimentation et des toniques.

SUR LA CAUSE DE LA PRÉSENTATION DU SOMMET OU DES AUTRES PRÉSENTATIONS PENDANT LE TRAVAIL. — NEVILLE.

L'auteur déclare qu'il faut tenir compte, dans la détermination des causes de chaque présentation, de trois facteurs :

A. L'action de la pesanteur;

B. Les contractions et la forme de l'utérus;

C. Les mouvements du fœtus.

Nous signalons en quelques lignes seulement cette communication, car il nous semblait que, depuis longtemps déjà, on avait fait justice de cette théorie byzantine qui faisait jouer un rôle important aux mouvements du fœtus dans la genèse des présentations.

Quant à l'influence de la pesanteur, nous pouvons renvoyer le Dr Neville aux expériences de Paul Dubois.

REVUE DE LA PRESSE

DES TROUBLES DE LA MENSTRUATION APRÈS LES LÉSIONS CHIRURGICALES OU TRAUMATIQUES ET APRÈS L'OVARIOTOMIE

par le Dr TERRILLON.

M. Terrillon rappelle les conclusions du travail qu'il a fait paraître, en 1874, dans le *Progrès médical*, dans lequel était établi qu'un grand nombre de femmes, après un traumatisme plus ou moins sérieux, accidentel ou opératoire, sont susceptibles de présenter des troubles utérins capables de donner lieu à une perturbation de l'écoulement sanguin menstruel. Il a recherché depuis si toutes les opérations, sans distinction de siège, produisaient les mêmes perturbations. A cet égard, on peut diviser les diverses régions du corps en quatre zones, suivant le plus ou moins d'influence sur la congestion utérine.

La première zone comprend l'appareil sexuel, c'est la plus influente. Toutes les interventions portant sur le vagin ou le col utérin sont habituellement suivies, soit d'un écoulement sanguin immédiat, soit d'une avance dans la venue des règles prochaines. Il est nécessaire d'avoir bien présente cette notion pour ne pas croire à une hémorrhagie secondaire par la plaie, sitôt qu'on voit le sang couler.

La seconde zone, ou zone génitale, comprend toutes les parties qui avoisinent les organes génitaux, l'anus et l'abdomen. On y doit joindre les mamelles.

Enfin, les autres régions jouissent également d'une influence sur la menstruation, mais beaucoup moins marquée que les deux précédentes.

Un fait intéressant est celui-ci : l'action, non pas seulement immédiate et actuelle de l'opération sur la fonction cataméniale, mais persistante, au point que des règles suspendues ou arrêtées depuis longtemps peuvent être rappelées, et, après ce rappel, reprendre leur cours normal.

Les émotions, les fatigues d'un voyage peuvent retentir à la façon

d'un traumatisme sur l'appareil utérin, soit en avançant, soit plutôt en retardant l'apparition des règles. Les premiers rapprochements sexuels produisent souvent cet effet, qui a pour inconvénient de faire croire à une grossesse commençante.

Quant à l'ovariotomie, à la suite de l'ablation d'un des ovaires, l'épistaxis uterine est commune. Il semble que l'ovariotomie agisse comme un traumatisme exercé sur la zone génitale. L'épistaxis se produit de même si l'on ne fait que ponctionner l'ovaire kystique, ou si l'on se contente d'une incision abdominale exploratrice.

Dans les ovariotomies doubles, la règle est un arrêt définitif et complet de la menstruation. Mais cette règle souffre plus d'une exception.

On a expliqué les faits exceptionnels soit par une ablation incomplète, soit par un ovaire surnuméraire; mais on est à court d'explications pour les cas où les deux ovaires, avec la presque totalité de l'utérus, ont été enlevés, où, cependant, les règles ont persisté.

Les deux fonctions ovarienne et utérine seraient-elles donc tout indépendantes?

Il faut croire que l'utérus, habitué à se congestionner sous l'excitation de l'ovaire, conserve encore quelque temps cette habitude après l'ablation des organes incitateurs.

(*Annales de gynécologie*, septembre 1882.)

AMÉNORRHÉE PAR IMPERFORATION DE L'HYMEN.

Je fus appelé le 9 janvier 1877, dans la commune de Fresseline (Creuse), près de la nommée Marie J..., qui, me dit-on, souffrait de violentes coliques. La malade est une jeune fille de dix-huit ans, de très forte constitution, pléthorique, elle n'a jamais été réglée, et c'est la première fois qu'elle se plaint de coliques. Le ventre n'est pas ballonné, la palpation, très douloureuse et mal supportée ne révèle aucune tumeur. La miction est facile. Figure vultueuse, couverte de sueurs. Pouls à 130.

Croyant à une aménorrhée de cause pléthorique, je fis appliquer cinq sangsues à la partie interne de la cuisse, des sinapismes, et je donnai quelques pilules aloétiques.

Les douleurs se calmèrent, et je n'entendis plus parler de cette

jeune fille jusqu'au 18 mars. Ce jour-là, je fus appelé de nouveau; les douleurs avaient reparu plus intenses. Je trouvai la malade à peu près dans le même état que la première fois : fièvre, visage inondé de sueurs, abdomen extrêmement douloureux, et enfin un examen, difficile à cause de l'indocilité de la malade, me fit découvrir une tumeur du volume d'une orange siégeant dans l'hypocondre gauche.

Dès lors je pensai à une rétention du sang menstruel dans le vagin par suite de l'imperforation de l'hymen. Je fis part de mes craintes à la mère et je demandai de pratiquer le toucher; la malade s'y opposa énergiquement et je dus me borner à prescrire de nouveau des sangsues, des pédiluves irritants, des fumigations de vapeurs aromatiques, des purgatifs, et enfin quelques lavements laudanisés.

Le 22 mars, je revis la mère de la malade, les douleurs avaient diminué, mais non disparu.

Enfin le 29 mars, on vient me chercher la nuit précipitamment : la malade avait éprouvé des coliques plus violentes que jamais, revêtant le caractère expulsif. Une femme du village appelée vulgairement *matrone*, faisant les fonctions de sage-femme, avait déclaré que la tête d'un enfant se présentait à la vulve. Je me rendis immédiatement à la Bussière.

Je trouvai la malade dans un état de prostration extrême, le ventre ballonné, très douloureux; la tumeur que j'avais perçue onze jours plus tôt avait quadruplé de volume, elle remontait jusque sous les fausses côtes, comprimait le diaphragme et, par suite, gênait extraordinairement la respiration.

Après beaucoup d'hésitations de la part de cette jeune fille, je pus pratiquer le toucher ; les grandes lèvres étaient fortement écartées, et entre elles ont sentait une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, tendue très fortement, mais où l'on percevait maintenant de la fluctuation. J'essayai, mais en vain, de passer le doigt entre les grandes lèvres et la tumeur. Je découvris la malade et je pus constater facilement qu'il y avait occlusion complète, *imperforation de l'hymen*. L'aspect de cette tumeur était en tout semblable à la tête d'un fœtus de cinq mois recouverte des membranes de l'œuf.

Je prévins la malade et sa mère qu'il y avait une opération à faire, et que je reviendrais le lendemain avec un confrère.

En effet, le lendemain, assisté du regretté docteur Magnard, il fut convenu qu'on ferait d'abord une ponction exploratrice : un petit trocart introduit laissa s'écouler un sang noir, liquide, décomposé,

mais non putréflé, sans mauvaise odeur. Notre intention était de retirer la canule et de faire une large incision ; mais, en présence d'une malade menacée de syncope, nous avons préféré laisser s'écouler par cette petite canule tout le liquide contenu, c'est-à-dire trois litres et demi. Quand l'écoulement eut cessé, je voulus débrider et j'éprouvai quelques difficultés; la membrane fermant la vulve s'était peu à peu rétractée, et ne présentait plus que des plis épais. Je dus faire directement, à l'aide du bistouri, une ouverture de deux centimètres environ, laissant facilement introduire le doigt, puis je passai une grosse mèche.

Le 2 avril, les phénomènes morbides avaient disparu rapidement; un mieux sensible se déclara après l'opération ; plus de fièvre, plus de douleurs.

Quelques jours après, de violentes coliques sont survenues ; fièvre violente. Pouls à 150. Le palper, très douloureux, fait reconnaître une tumeur du volume de la tête d'un fœtus, dans l'hypocondre gauche. Les douleurs s'irradient dans l'aîne et dans la cuisse du côté gauche.

L'incision, grâce à la mèche, ne s'est pas refermée, mais seulement rétrécie; il s'en écoule un liquide rose; l'introduction du petit doigt est assez difficile. J'y passe un morceau d'éponge préparée. Je prescris : sangsues, sulfate de quinine, frictions mercurielles belladonées, cataplasmes.

La fièvre persistait toujours violente. Le 12 avril, douleurs presque aussi vives, empâtement de toute la région comprise entre l'arcade crurale gauche et une ligne passant à trois centimètres au-dessous de l'ombilic. Inappétence absolue, vomissement et faiblesse extrême. La malade s'est refusée à laisser introduire, par sa mère, l'éponge préparée; on peut cependant encore passer le bout de l'index. Je place un morceau d'éponge plus gros que la première fois. Large vésicatoire sur l'abdomen. Quinquina en infusion. Eau de Seltz, sulfate de quinine, granules de digitaline.

Le 23 avril, plus de fièvre, plus ou peu de douleurs dans l'abdomen, plus d'empâtement. L'appétit est revenu. Sommeil. On peut facilement introduire le doigt par l'ouverture vaginale; la malade ne veut plus entendre parler d'éponge. Elle se dit guérie et ne veut plus rien faire.

Depuis cette époque, j'ai eu souvent l'occasion de revoir cette malade; elle est régulièrement menstruée et n'a plus de douleurs; son embompoint, ses forces sont revenus. La guérison est complète.

Malheureusement l'incision que nous avons faite était trop étroite, et, si jamais cette jeune fille devenait enceinte, l'accouchement ne pourrait avoir lieu sans une nouvelle opération.

N'avons-nous pas commis une faute en nous laissant arrêter au début par la menace d'une syncope, et n'aurions-nous pas dû quand même ouvrir largement? Du reste voici quel était le procédé que je voulais suivre : faire passer par la canule d'un trocart, traversant la tumeur du haut en bas dans son plus grand diamètre, une anse de fil; tirer sur cette anse après avoir retiré la canule, et enlever à l'aide du bistouri toute la partie comprise dans cette anse de fil; et si jamais je me trouve en présence d'un fait semblable, c'est ainsi que j'opérerai.

(Aigurande, Indre.) Dr Rondeau

(*Le Concours médical.*)

DU TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE CHRONIQUE

En présence d'une inversion utérine chronique, le chirurgien devra tout d'abord tenter le taxis manuel en s'entourant des précautions recommandées en pareil cas.

Si le taxis a échoué, on essayera la réduction par les pessaires laissés à demeure dans le vagin ; la réduction est presque toujours annoncée par des douleurs expulsives, parfois très vives.

Si la tumeur est absolument irréductible, on devra recourir à l'ablation de l'utérus inversé.

Les moyens lents ont l'avantage d'écarter l'hémorrhagie et la péritonite. Quant à l'élément douleur, le chloral ou l'opium devront en triompher assez facilement.

Parmi les procédés d'ablation lente, la ligature élastique, qui n'a donné que des succès et qui agit en douze à quinze jours en moyenne, doit être préférée. M. le Dr Périer a apporté à ce procédé une modification très heureuse, qui consiste à faire pratiquer la section par un fil de soie; seule la traction sur ce fil de soie est élastique, et la disposition des fils est telle, que la traction peut être augmentée à volonté tous les deux ou trois jours. (Dr Audigé, *Thèse de Paris*, 1881.)

AIGUILLES EXTRAITES DE LA MAMELLE CHEZ UNE JEUNE FEMME

Le Dr A. Pujo (de Quintanilla Samugno) a publié le cas suivant dans *el Genio medico-quirurgico :* Une jeune fille de vingt-quatre ans, étant au lit, sentit tout à coup dans le sein gauche une piqûre qui fut suivie de plusieurs autres et sentit qu'elle avait au-dessous de la peau dans un point de cet organe un corps étranger qui, au bout de deux ou trois heures, forma une saillie, et une pointe s'étant montrée au dehors, la cousine de cette jeune fille put facilement extraire une aiguille de deux pouces ; au bout de huit heures, à la suite d'une nouvelle sensation douloureuse,une autre aiguille plus grande dont la partie antérieure était brisée et tordue. A la suite d'intervalles, qui varièrent de huit à trente heures, il sortit en tout neuf aiguilles, entières ou brisées. La jeune fille, effrayée et ne se souvenant pas d'avoir avalé des aiguilles, se crut victime d'un maléfice; elle fit appeler le Dr Pujo, qui ne trouva rien d'anormal dans le sein, si ce n'est le trou de sortie des corps étrangers. Rappelé le lendemain, il constata la présence d'une dixième aiguille dans le tissu cellulaire sous-mammaire ; celle-ci sortit quelques heures après sans douleur par le même orifice que les autres. Il en sortit d'autres les jours suivants, en tout dans un mois et demi il sortit six aiguilles entières et neuf morceaux. (*Siglo medico,* 3 avril 1881, et *Lyon médical*).

(*Paris médical*).

ETAT DES FONCTIONS GÉNITALES DE LA FEMME DANS LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES PAR KRANER, DE BRESLAU.

Sur 60 cas, 14 fois seulement la menstruation était à peu près normale; 38 fois elle avait complètement cessé; dans le restant des cas, les intervalles étaient très irréguliers et l'évacuation rare. Il est donc incontestable que la fistule vésico-vaginale entraîne l'aménorrhée dans le plus grand nombre des cas, cependant moins par elle-même que par les désordres connexes de l'appareil utéro-ovarien. Ces 60 malades n'ont présenté que 6 conceptions. En ajoutant ces faits à ceux publiés, l'auteur réunit 37 cas de grossesse coexistant avec une fistule : 1 seule grossesse dans la majorité des cas (21); 2 dans

12; 3 dans 1 cas, et 1 seule fois, une succession de nombreuses grossesses. 23 fois, il y eut avortement ou accouchement prématuré, à des dates diverses; 9 fois, l'accouchement fut très régulier; 4 fois, il est mentionné facile; dans 14, les renseignements manquent. Ces résultats paraissent également dus à l'intégrité plus ou moins complète de l'organe et des fonctions utérines. Dans 3 faits, une guérison spontanée par la suite de l'accouchement. Les fistules simples, ne concernant pas l'utérus, peuvent être opérées sans inconvénient pendant les premiers mois de la grossesse. Dans 11 accouchements après opération et guérison d'une première fistule, 3 fois il y eut récidive; ce nouvel accident dépend, d'ailleurs, moins de la fragilité des tissus de cicatrisation que des causes de dystocie permanentes. (*Arch. f. Gynecol.* et *Schmidt's Jahrbucher*, juillet 1882.)

DU RÔLE DU MODE RESPIRATOIRE DANS LES DÉPLACEMENTS UTÉRINS, PAR CLIFTON WING.

La respiration presque exclusivement abdominale, employée par certaines personnes dans le chant ou même la conversation, a pour résultat de peser sur les organes du petit bassin et, à la longue, de leur imprimer une direction vicieuse. L'appareil ligamenteux et musculaire de soutien de l'utérus est forcé, ne possédant pas en lui-même les éléments d'une résistance suffisante. L'auteur a observé un certain nombre de faits rentrant dans cette pathogénie, à laquelle l'usage de corsets trop rigides donne un appoint efficace. (*Id.*, août 1882.)

(*L'Union médicale*).

CAS DE FÉCONDITÉ.

Un cas de fécondité vient d'avoir lieu dans ma clientèle. Une femme de trente-trois ans, déjà mère de cinq enfants dont l'aîné a dix ans, vient de mettre au monde trois garçons vigoureux et bien portants.

Une sage-femme fut appelée dans la nuit du 25 juin dernier près de la dame G..., ménagère, qui habite Cohan. Le premier enfant vint

au monde le 26 à quatre heures du matin. Dix-sept heures après M. Dubois, maire de cette commune, vint me chercher pour porter secours à cette pauvre femme. Aussitôt mon arrivée j'interrogeai la sage-femme qui ne put me donner aucune explication. J'introduisis le doigt dans le vagin, je reconnus l'inertie de la matrice. En faisant quelques titillations sur le col, des douleurs revinrent. Au bout de dix minutes le deuxième se présenta par les pieds et son expulsion se fit presque aussitôt. Un quart d'heure plus tard, cette dame ressentit une douleur. J'introduisis de nouveau le doigt dans les parties sexuelles. Je constatais la présence d'un troisième enfant qui se présentait par la tête; après trois douleurs, l'accouchement eut lieu; je laissai reposer la dame pendant quelques instants. Aussitôt qu'elle ressentit une douleur, je pus pratiquer la délivrance. J'ai eu l'un après l'autre trois placentas bien formés.

Jusqu'aujourd'hui les enfants se portent à merveille. Ils ont bon appétit et ont envie de vivre. Quant à la mère elle va aussi bien que possible.

Un confrère a déjà publié ce fait dans un journal de médecine comme s'il avait fait l'accouchement. Je puis certifier qu'il n'y a même pas assisté.

WATTEBLED,
médecin à Coulanges-en-Tardenois (Aisne).
(Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.)

L'OVARIOTOMIE EST-ELLE PRATICABLE DANS LE COURS D'UNE PÉRITONITE.

Le Docteur Dunster de Ann Arbor, a lu dans une des dernières séances de l'Association médicale américaine, un travail sur ce point. Voici les conclusions qui terminent l'étude de M. Dunster : l'ovariotomie doit être pratiquée sans aucune hésitation dans les cas suivants :

1° Quand la péritonite résulte de la rupture du kyste et de l'épanchement de son contenu dans la cavité péritonéale;

2° Quand la péritonite survient à la suite de la ponction du kyste;

3° Quand la péritonite s'accompagne d'un épanchement purulent notable.

Les cas où l'ovariotomie n'est pas formellement indiquée, appar-

tiennent à la catégorie des péritonites circonscrites, dans lesquelles l'inflammation n'est pas franche et se traduit seulement par des douleurs sourdes et des nausées. (*New-York, medical Record.*)

(*Revue médicale française et étrangère.*)

ECLAMPSIE PUERPÉRALE.

Par le Docteur H. Reynolds.

C'est à l'accumulation de l'urée dans le sang que l'on attribue les convulsions éclamptiques; aussi, en préconisant contre ces accidents morbides l'emploi des purgatifs hydragogues et de l'huile de croton, l'auteur a pour but de remplir l'indication qui satisfait à cette théorie.

Dans la première observation, la malade, primipare, âgée de vingt-six ans, après un accouchement laborieux qui s'était terminé par une application de forceps, avait été traitée sans succès par l'hydrate de chloral, le veratrum, l'opium, la liqueur d'Hoffman et tous les autres médicaments habituellement employés contre cette affectation. Trois heures après le début des convulsions, on administra trois gouttes d'huile de croton, et, deux heures plus tard, une nouvelle dose de cinq gouttes qui produisit un effet purgatif durant douze heures. Les convulsions cessèrent immédiatement après l'administration de la seconde dose médicamenteuse.

Dans la deuxième observation, une multipare âgée de 33 ans éprouvait des convulsions éclamptiques au moment du travail de l'accouchement. Les médicaments habituellement employés contre l'éclampsie ayant échoué, on fit usage de l'huile de croton à la dose de trois gouttes et en répétant trois heures plus tard cette même dose. Dès que l'effet purgatif commença à se manifester, l'état de la malade fut amélioré.

L'emploi de l'huile de croton peut donc être utile, non seulemen dans les convulsions urémiques, comme dans tous les cas où on désire produire une action hydragogue sur l'intestin (*The Detroit Lance*, octobre 1881).

(*L'Union médicale.*)

CANCROIDE DE LA VULVE

(M. Trélat. — Hôpital Necker).

La malade dont je vais vous entretenir est une femme de soixante-six ans, qui est venue à la consultation de samedi et que j'ai fait entrer dans mes salles pour une affection très rare, du moins d'après le siège qu'elle occupe.

Cette femme jouit ordinairement d'une bonne santé ; elle a eu plusieurs enfants. Elle présente dans le pli clitoridien, à droite, un petit ulcère de la largeur d'une ancienne pièce de quinze sols, c'est-à-dire mesurant de 15 à 16 millimètres de diamètre. Développé spontanément, il durerait seulement depuis deux mois, nous dit-elle, et donnerait lieu à quelques démangeaisons. Il est irrégulier sur ses bords, un peu déchiqueté, anfractueux, et présente quelques points grisâtres, et de petites végétations en chou-fleur, comme un épithélioma ou un cancroïde de la peau. Enfin, mobile dans ses parties profondes, il ne paraît pas avoir de ramifications bien étendues.

Sur les grandes lèvres on ne remarquait rien de particulier; il n'y a pas d'écoulement vaginal ou utérin. Dans l'aine on ne trouve aucun ganglion, si ce n'est à gauche, où l'on voit un peu d'intumescence ganglionnaire, comme à la suite d'une simple petite écorchure.

Ce qui, dans le cas présent, serait redoutable, ce serait une invasion ganglionnaire. Le plus petit ganglion induré par propagation serait un danger, car c'est l'induration, et non le volume, qui est la caractéristique de cette propagation. Ici nous n'avons heureusement rien de semblable, et s'il s'agit d'un ganglion tuméfié, en tous cas il n'existe aucune induration. De plus, ce petit ganglion est dans l'aine gauche, tandis que l'ulcération clitoridienne est située à droite.

Nous avons donc affaire à un épithélioma de la vulve situé dans le voisinage du clitoris. Mais où ma surprise commence, c'est que cet épithélioma de la vulve est absolument isolé. J'ai parcouru dans ma bibliothèque tous les ouvrages de gynécologie, tous les travaux spéciaux : aucun, deux exceptés, ne parle des cancroïdes de la vulve, qu'ils considèrent comme une affection peu commune, et dont ils n'ont même vu aucun cas. Enfin j'ai trouvé seulement trois observa-

tions citées par Churchill, l'une d'elles se rapportant à un carcinome et les deux autres à des cancroïdes très avancés ou épithéliomas, et Charles West cite, seulement à la dernière page de son livre, deux cas dans lesquels le mal est tellement étendu qu'il n'y a rien à faire.

Cet épithélioma de la vulve est donc un merle blanc, une véritable rareté. C'est, du reste, aussi le premier que je rencontre. Sa rareté est aussi grande que celle de l'épithélioma de la verge, que je n'ai jamais vu ; aussi suis-je absolument pur de toute ablation de verge, tandis que j'en ai, au contraire, réparé déjà un certain nombre.

L'épithélioma de la vulve passe inaperçu le plus souvent au début; la femme n'y fait pas attention et ne se plaint guère que de démangeaison ; c'est là ce qui explique pourquoi les quelques cas signalés par les auteurs se rapportent tous à une affection avancée, trop avancée même généralement pour que l'on puisse la combattre avec quelque chance de succès. Pour agir avec efficacité, il faut, comme chez notre malade, découvrir le mal, pour ainsi dire, à ses débuts.

(*Gazette des Hôpitaux*).

OBSERVATION D'UNE OPÉRATION DE PORRO, AVEC LA MODIFICATION DE MULLER, SUIVIE DE MORT,

par M. le professeur Hergott (de Nancy).

Julie Gralas, vingt-trois ans, primipare, petite, assez viciée; diamètre sacro-pubien mesure 6 1/2 centimètres ; elle entra dans le service, le 23 septembre 1880, en travail depuis la veille ; on attend jusqu'au lendemain pour opérer, à 11 heures du matin. On s'entoure de toutes les précautions antiseptiques. L'opération est pratiquée par M. Hergott, père ; après l'incision de l'abdomen, on attire l'utérus en dehors de la plaie (selon les conseils de Muller) ; un fil métallique est placé sur la partie inférieure de la matrice et serré avec le serre-nœud. On incise alors la matrice et on en retire l'enfant vivant. On place une broche sous la ligature et une nouvelle anse métallique au-dessous de cette broche : quand les anses sont bien serrées, on coupe la matrice en deux ; hémorrhagie presque nulle. On réunit les lèvres de la plaie abdominale et le pédicule qui reste de la matrice est maintenu au dehors, à la partie inférieure de cette plaie. Pansement phéniqué. Pendant la nuit suivante, des douleurs abdominales se font sentir, et, deux jours après, la femme meurt de péritonite.

M. Hergott termine son observation en cherchant à justifier son opération ; pour cela, il établit un parallèle entre l'opération de Porro et l'embryotomie : supposons, dit-il, 100 femmes à terme : 200 existences sont en jeu : par l'embryotomie, les 100 enfants sont tués et presque la moitié des mères succombent ; donc les *trois quarts* des existences sont *sacrifiées*. Tandis que dans la méthode nouvelle, les 100 enfants sont conservés ainsi que 50 mères — un peu moins d'après la statistique de Zweifel, qui est la dernière (1881) et la plus complète (voir *Archiv. fur Gynœk.*, XVII, 359) ; — par conséquent, les *trois quarts* des existences sont *sauvées*.

Malheureusement, ces statistiques ne sont pas complètes ni même exactes ; ce n'est certes pas à 6 1/2 centimètres que l'embryotomie est funeste dans la moitié des cas. De plus, M. Hergott semble croire que l'opération césarienne simple n'existe plus et qu'il faut absolument enlever la matrice ; aussi oublie-t-il le principal pour nous, c'est-à-dire le parallèle entre l'opération de Porro et l'opération césarienne. (*Archives de tocologie.*)

ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

Le lait de vache coupé d'eau et sucré ne supplée qu'imparfaitement au lait de la mère ou d'une nourrice pour l'alimentation des jeunes enfants.

Liébig a indiqué la préparation suivante comme contenant, à un degré aussi rapproché que possible, les principes et les propriétés du lait de la mère ;

On mélange 15 grammes de farine de blé, même proportion de farine de malte et 6 grammes de bicarbonate de soude. On y ajoute 30 grammes de lait de vache.

On chauffe ce mélange en le remuant continuellement, et, dès qu'il commence à s'épaissir, on enlève le vase de feu, sans cesser d'agiter.

Après 5 minutes, on chauffe de nouveau jusqu'à l'ébullition ; enfin, on filtre à travers un tamis de fil de fer ou de crin.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE.

Par le Dr Blackwood.

Le Dr Blackwood recommande dans le traitement de l'aménorrhée les pilules suivantes :

Sulfate de strychnine	5 centigrammes.
Sulfate de cinchonine	4 grammes.
Fer réduit par l'hydrogène	ãã 8 —
Asa fœtidad pur	
Ext. de quassia amara	q. s.

M. F. 60 pilules.

Il donne 4 pilules par jour à des intervalles assez éloignés.

Le soir, au moment de se coucher, il fait prendre 10 gouttes d'une solution d'extrait d'ergot de seigle dans l'eau, le matin une douche froide suivie de frictions le long de la colonne vertébrale, l'exercice, l'équitation, la régularité des fonctions digestives, rénales et cutanées activent le traitement.

Mais c'est surtout à l'électricité qu'il a recours après s'être assuré qu'il n'existe aucune grossesse. Il applique ses électrodes dans la matrice elle-même, au moyen d'instruments particuliers de son invention, ou bien il fait passer le courant en appliquant l'un des électrodes dans l'utérus et l'autre dédoublé sur l'abdomen et en arrière sur la région lombaire. Il a toujours eu à se louer de cette pratique.

(*The médical bulletin Philadelphie, january* 1881.)

PRÉVENTION DES AFFECTIONS PUERPÉRALES.

Instructions aux sages-femmes.

Nous appelons volontiers l'attention de ceux de nos collègues qui s'adonnent plus spécialement aux pratiques obstétricales, sur les instructions ci-jointes qui dénotent de grandes appréhensions contre les accidents graves et souvent terribles de la puerpéralité.

Afin de diminuer la fréquence des maladies chez les accouchées et d'empêcher la trop fréquente transmission de ces maladies par les sages-femmes, la Société médicale du district de Straslund adresse aux sages-femmes les instructions suivantes :

1° Chaque sage-femme veillera à ce que, partout où la chose sera possible, chaque femme enceinte soit pourvue avant l'époque de ses couches des objets suivants :

a) 1/2 litre d'eau phéniquée à 5 0/0.

b) 30 grammes d'huile phéniquée à 4 0/0.

c) Un appareil à injection avec tubes divers.

2° Comme la sage-femme est souvent appelée, au moment même de l'accouchement, auprès de personnes qu'elle n'a pas eu l'occasion de conseiller avant, elle aura soin de se munir :

a) D'un flacon contenant une solution concentrée d'acide phénique dans l'alcool :

100 p. acide phénique.
100 — alcool rectifié.

b) D'un flacon d'huile phéniquée :

4 grammes d'acide phénique.
100 grammes d'huile d'olive.

3° Avant d'examiner une femme enceinte, en travail ou en couches, la sage-femme aura soin de se laver exactement les mains et les bras avec de l'eau chaude et du savon et n'oubliera surtout pas de se purifier les ongles à l'aide d'une brosse.

4° Avant chaque accouchement elle préparera (si la chose n'est pas déjà prête) 1/2 litre d'eau phéniquée à 5 0/0 en versant 3 cuillerées à bouche (soit 50 grammes) de la solution concentrée dans 1/2 litre d'eau. Avant chaque examen, elle aura soin de se laver la main à l'aide de cette solution, de l'essuyer et de s'enduire le doigt indicateur d'huile phéniquée. Pour s'essuyer elle ne se servira que de linge *absolument* propre.

(Observation.) Avant d'opérer le mélange, elle devra secouer avec soin la solution concentrée, de même aussi qu'elle devra agiter avec la main le mélange lui-même.

5° Après l'accouchement, la sage-femme donnera d'abord ses soins au nouveau-né en le baignant, puis l'habillera. Ensuite, elle s'occupera de l'accouchée, lui lavera le périnée et les parties génitales (l'accouchée étant placée dans la position latérale). Pour toutes les ablutions elle se servira de linges à l'exclusion d'éponges, le

trempant dans un mélange composé de ce qui reste d'eau phéniquée étendue d'une double quantité d'eau tiède.

6° Lorsque l'accouchée est mise à sec et pourvue de draps propres, la sage-femme lui placera entre les cuisses, au devant des parties génitales, un linge fin plié en plusieurs doubles. Ce linge devra être changé au moins deux fois dans les 24 heures pendant les cinq premiers jours.

7° A moins de contre-ordre formel du médecin, la sage-femme ou la garde lavera deux fois par jour les organes génitaux externes à l'aide de la solution indiquée (parag. 5) soit 2 0/0, — 20 gr. ou une cuillerée à bouche de la solution concentrée pour 1/2 litre d'eau. Après chaque lotion, les draps de dessous seront remplacés par d'autres fraîchement lavés.

8° Tous les instruments (canules, sondes, etc.) destinés à être en contact avec les parties génitales seront, avant et après leur emploi, nettoyés soigneusement avec de l'eau phéniquée et enduits avant leur emploi d'huile phéniquée.

9° La sage-femme n'entreprendra sous aucun prétexte le lavage des linges souillés par l'accouchée ou par l'enfant.

10° Si l'accouchée présente les symptômes de la fièvre communément appelée par les sages-femmes « fièvre puerpérale » ou d'un état fébrile quelconque, si le thermomètre placé sous l'aisselle donne une température de 38° 5, la sage-femme a pour devoir d'appeler un médecin et de recevoir ses ordres.

11° Si le diagnostic du médecin confirme l'hypothèse d'une fièvre puerpérale, la sage-femme cessera ses visites et confiera le soin de l'accouchée à une garde ou à toute autre personne présente. S'il arrive que cette condition ne puisse être réalisée (ce qui ne se présentera que chez les gens tout à fait pauvres et à la campagne) la sage-femme visitera ses clientes bien portantes avant la malade, ayant soin de faire faire sous sa direction les opérations nécessaires (injections, cathétérisme) par une tierce personne. Après la visite de la malade, la sage-femme changera de vêtements, se lavera à l'eau phéniquée selon le mode prescrit et avec un soin tout particulier, si elle se trouve dans la nécessité d'entreprendre un nouvel accouchement. Les instruments employés pour une femme en couches ne devront sous aucun prétexte être employés pour d'autres accouchées.

12° On engage un médecin à tenir la main à ce que toutes ces

prescriptions soient strictement observées et à sévir rigoureusement contre les contrevenantes.

Dr. A. Muller (d'Altkirch).
(Journal d'hygiène).

DES VARIATIONS DE LA SÉCRÉTION LACTÉE SOUS L'INFLUENCE DE QUELQUES MÉDICAMENTS.

par M. Stumpf

Les expériences ont été faites sur une chèvre :

1° *Variations de la quantité du lait.* — L'iodure de potassium détermine une diminution considérable de la sécrétion lactée, tandis que l'alcool, la morphine et le plomb n'exercent aucune action sur elle, pas plus que la pilocarpine. L'influence de l'acide salicylique est douteuse.

2° *Variations de la qualité du lait.* — L'iodure de potassium produit manifestement un ralentissement de la fonction glandulaire; toutes les parties intégrantes du lait tombent à la fois. Le plomb, la pilocarpine, la morphine n'exercent aucun action; l'acide salicylique semble augmenter la quantité de sucre; l'alcool et les boissons alcooliques augmentent la proportion relative du lait, et doivent être rejetés comme moyens d'augmenter la sécrétion lactée.

3° *Passage des médicaments dans le lait.* — L'iode passe rapidement dans le lait, et disparaît immédiatement chez l'homme dès que l'on cesse d'administrer cet agent; chez les herbivores, cette disparition est moins rapide. La proportion d'iode passée dans les urines n'est pas constante; elle varie avec les individus. Il est donc impossible d'utiliser en thérapeutique le lait « iodé ». L'iode existe dans le lait, non pas à l'état d'iodure alcalin, mais combiné avec la caséine.

L'alcool ne passe pas dans le lait des herbivores.

Le plomb ne passe qu'en quantité insignifiante, mais il y persiste assez longtemps.

Il en est de même pour l'acide salicylique. (*Deutsch. Aachiv für klin. Med.*, t. XXX, p. 201, et *Gaz. hebdom.*, n° 28, 1882.)

(*Journal de Médecine de Paris*).

FORMULAIRE

DU TRAITEMENT DE LA VAGINITE ET DE L'URÉTHRITE PURULENTES PAR LE GLYCÉRÉ D'ACIDE BORIQUE (J. Chéron).

Les propriétés antiseptiques de l'acide borique mises en lumière, dans ces derniers temps, sont susceptibles d'un grand nombre d'applications.

Conseillé depuis longtemps dans le traitement de l'angine inflammatoire et récemment dans le traitement de la cystite de la fièvre typhoïde, de l'angine dyphthéritique, son emploi tend à s'étendre chaque jour.

Nous avons, dans nos salles de Saint-Lazare, des cas de vaginite et d'uréthrites purulentes fort rebelles, dans lesquels les antiseptiques m'ont donné, mieux que les autres moyens, de bons résultats.

C'est ainsi que j'ai employé, avec un succès plus ou moins rapide, les solutions d'eau oxygénée, de tannin, d'acide picrique, d'acide thymique, de permanganate de potasse, d'hydrate de chloral, l'alcool camphré.

Ces subtances présentent les inconvénients, les unes de tacher la peau et le linge, ce dernier, parfois, d'une façon indélébile; les autres de posséder une action cathérétique qui en rend l'emploi pénible et difficile; quelques-unes, enfin, d'être d'un prix très élevé (1).

L'acide borique présente sur les antiseptiques énumérés plus haut, les avantages suivants :

1° Il est bien supporté par les muqueuses malades sans réaction douloureuse.

2° Il donne une solution incolore.

3° Il est d'un prix peu élevé.

4° Comme antiseptique, il occupe un très bon rang dans la série de Marié-Davy.

(1) Notamment l'eau oxygénée.

S'il présente un inconvénient c'est d'être peu soluble dans l'eau. En effet, celle-ci n'en dissout que 3 pour 100 à 15 degrés.

Pour y obvier, j'ai fait préparer une solution d'acide borique dans la glycérine, à chaud. Il se forme une sorte de crème gélatineuse, très soluble dans l'eau, principalement dans l'eau chaude.

Voici la formule :

Glycérine neutre.	120 grammes.
Acide borique..	80 id.

A l'aide de cette préparation, on peut dissoudre, dans l'eau, cinq fois plus d'acide borique.

Dans la vaginite purulente, on peut employer le glycéré à l'aide de tampons d'ouate laissés dans le vagin, ou mieux, en irrigations bi-quotidiennes, — 3 à 4 cuillerées à bouche par litre d'eau.

Dans l'uréthrite purulente, il faut faire, une fois par jour, dans la vessie, une injection de 60 grammes d'eau tiède, pour une cuillerée à café de glycéré.

Sous l'influence de ce moyen, j'ai vu guérir en 12 à 15 jours des affections (vaginite ou uréthrite purulentes) rebelles à tout traitement depuis plusieurs mois.

ENSEIGNEMENT LIBRE

M. le docteur Verrier, préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de Médecine a commencé un cours complet d'accouchement (théorie et pratique) pour les élèves sages-femmes, le jeudi 18 janvier 1883 à 2 heures 1/2, à l'amphithéâtre de M. le docteur Lenoir, 2, rue Antoine-Dubois. Il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Prix 50 francs pour le cours d'une durée de 4 mois environ.

On s'inscrit chez M. le docteur Verrier, 106, rue de Rivoli.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Paris-Imp. PAUL DUPONT, 326.2.83 a.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

CLINIQUE DE M. PÉAN
Hôpital Saint-Louis.

Leçon recueillie par M. *le docteur Fauquez, médecin-adjoint de Saint-Lazare.*

DE L'OPÉRATION DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES, RECTO-VAGINALES ET URÉTHRO-VAGINALES.

MESSIEURS,

La jeune femme que nous allons opérer aujourd'hui est atteinte d'une fistule vésico-vaginale déterminée par le séjour trop prolongé de la tête du fœtus dans l'excavation pelvienne, pendant un accouchement lent et laborieux. Cette complication malheureusement souvent trop fréquente dans les accouchements lents, lorsque, par suite de l'inertie de la matrice, malgré la dilatation complète du col, la tête du fœtus cesse d'avancer et reste stationnaire, cette complication, dis-je, pourrait-être bien plus souvent évitée si l'accoucheur, en présence de cette inertie utérine, des besoins continuels d'uriner et de l'apparition d'urines sanguinolentes se hâtait d'intervenir et d'appliquer le forceps.

Notre jeune malade, accouchée en province par une sage-femme, n'a pas reçu les soins nécessaires en pareille circonstance. Les tissus mortifiés par suite de la compression violente et prolongée des parties molles entre la tête fœtale, d'un côté, et la ceinture osseuse du bassin, de l'autre, se sont éliminées et ont donné lieu à une fistule dont l'existence a été facilement

constatée. Ayant son siège dans le bas-fond de la vessie, elle laisse écouler, goutte à goutte, l'urine, au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie.

Nous pouvons, du reste, acquérir la preuve évidente de l'existence de cette fistule en faisant dans la vessie une injection d'eau colorée qui revient immédiatement par le vagin.

Le contact continuel de l'urine détermine un peu d'érythème sur la face interne des cuisses. Cette infirmité dont l'étiologie, le diagnostic et les symptômes se trouvent dans la plupart des livres classiques, notamment dans notre second volume des tumeurs du ventre et du bassin, sont suffisamment connus de vous tous pour que je n'aie pas besoin d'y insister longuement. Je vous rappellerai seulement qu'elle n'a aucune tendance à guérir spontanément, qu'elle ne compromet pas directement la vie, mais expose la malade à de nombreux inconvénients qui deviennent pour elle une source d'ennuis, de désagréments et de dangers. Il importe donc de la guérir à tout prix. C'est ce que nous allons tenter aujourd'hui en pratiquant l'opération dite *américaine*.

Cette opération n'est pas aussi minutieuse qu'on pourrait le croire et, je dirai même, qu'en modifiant différents temps de la méthode classique, elle devient facile, même à un chirurgien peu expérimenté et que le résultat en est généralement rapide et satisfaisant.

Ces modifications que j'ai apportées depuis longtemps et que j'ai maintes fois exposées et préconisées dans mes cliniques ont une importance qui ne saurait vous échapper. Je vous les signalerai et j'y insisterai au cours de l'opération.

Après avoir endormi la malade, afin de n'être gêné par aucun mouvement que pourrait provoquer la douleur, on la place dans la position obstétricale. Cette position, dans laquelle les cuisses sont écartées et fléchies et la vulve dirigée en haut et en avant, n'est guère usitée qu'en France; elle est cependant la plus commode pour l'accoucheur et pour la patiente.

Je fais exagérer le mouvement de flexion des cuisses, de

façon à les ramener jusque sur le ventre de l'opérée. Dans cette situation, l'immobilisation est aussi complète que possible et les parties s'offrent à nous dans les meilleurs conditions. Je fais laver avec un solution phéniquée très légère la vulve et le périnée; puis j'applique le spéculum univalve afin de découvrir l'orifice par lequel s'écoule l'urine.

Afin d'éviter toute cause d'erreur, je pousse dans la vessie une injection de liquide coloré qui, ressortant par le pertuis que nous avons sous les yeux, nous donne la preuve que c'est bien là l'orifice de la fistule.

Pour me placer dans les meilleures conditions possibles, pour le premier temps de l'opération, je vais avoir recours à un procédé que les autres opérateurs n'emploient pas habituellement et qui cependant a pour moi une importance capitale, en raison de la facilité qu'il donne à l'opérateur. Je vais attirer, pour ainsi dire au dehors, l'orifice de la fistule; pour cela, je pince solidement la muqueuse vaginale, à quatre centimètres de la fistule, au moyen de quatre ou cinq pinces hémostatiques qui me permettent d'attirer l'orifice à la vulve et de le tenir ainsi, grâce à l'aide d'un des assistants, pendant toute la durée de l'opération.

Je procède ensuite à l'avivement des parties en enfonçant mon bistouri à un centimètre de l'orifice et en taillant autour un lambeau en biseau qui place le pertuis de la fistule au centre d'une sorte d'entonnoir dont le bord est incliné de dehors en dedans, de la muqueuse vaginale à celle de la vessie. Ce temps est le plus important de l'opération, car l'avivement doit être absolument complet, sous peine de rendre tous nos efforts inutiles faute d'adhérences. De plus, il importe que le biseau soit bien régulier, sans quoi les parties avivées ne se réuniraient pas exactement.

Nous entrons maintenant, Messieurs, dans une nouvelle phase de l'opération, le temps de la suture.

J'emploie, comme vous le voyez, un porte-fil spécial; mais, à défaut de cet instrument, une aiguille fine portée par une pince pourrait parfaitement remplir le même but. Je fais pé-

nétrer le fil à 1 centimètre du bord de l'avivement; je le fais passer à la partie moyenne de la surface avivée, pour le faire sortir à un centimètre du bord opposé. Bien que la fistule que nous opérons soit très petite, je ne crains pas de faire un certain nombre de sutures. Je passe sept fils et j'ai bien soin d'en passer surtout aux angles supérieur et inférieur, points qui présentent une plus grande difficulté à l'adhérence.

Pour éviter que les chefs de chaque paire de fils se mêlent entre eux, je les prends dans les mors d'une pince hémostatique.

Après avoir passé tous les fils, je rapproche les surfaces avivées et je fais des sutures entortillées. Il est important, en opérant le rapprochement des sutures, de faire en sorte que la crête se trouve du côté de la vessie, car s'il en était autrement, si cette crête se formait du côté du vagin, l'urine, baignant le cratère vésical, s'opposerait à l'adhérence des parties et à leur réunion, et nuirait ainsi considérablement à la guérison de la fistule.

Je me garderai bien de faire comme certains chirurgiens, qui coupent leurs fils au ras du vagin et qui les enlèvent au bout de 6 à 7 jours. Je conserverai les chefs, je les réunirai en faisceau et les maintiendrai au moyen d'une bande de diachylon. Ce procédé présente plusieurs avantages : comme le vagin ne pourra être irrité par le contact des fils, aucune pointe ne restant dans le canal, je pourrai les laisser en place de dix à douze jours sans aucun inconvénient; de plus, nous sommes certains de les retrouver quand nous devrons les retirer, puisqu'ils sont réunis par la bande de diachylon; enfin, nous guidant sur le fil, il nous sera beaucoup plus facile d'arriver à couper un des chefs de chaque suture au ras du vagin.

Je vous ferai remarquer que je me sers, de préférence à la sonde de Sims, d'une sonde en caoutchouc vulcanisé que j'immobilise à l'aide d'un gros bouchon à travers lequel je la fais passer à frottement dur. La sonde est placée dans le vagin et le bouchon fixé sur la vulve par quatre chefs maintenus au moyen d'un bandage de corps appliqué au-dessus du bassin.

L'extrémité externe de la sonde permet à l'urine de s'écouler dans un vase à col étroit placé entre les jambes de l'opérée.

Voici, Messieurs, les modifications que j'ai apportées dans l'opération de la fistule vésico-vaginale et que je voulais vous faire connaître et vous recommander, car j'ai eu lieu de m'en féliciter dans toutes les occasions où je les ai appliquées. Il me serait facile de prouver par la statistique qu'elles m'ont donné les plus heureux résultats.

Ces modifications sont aussi applicables aux opérations de fistules uréthro-vaginales et recto-vaginales. Dans toutes ces opérations, n'oubliez pas de faire en sorte que la crête qui résulte du rapprochement des surfaces cruentées se trouve du côté des liquides irritants. C'est un précepte que vous devrez toujours observer, sous peine de voir ces liquides retarder indéfiniment et même entraver complètement la marche de la cicatrisation.

MÉMOIRES ORIGINAUX

LEÇON CLINIQUE SUR LA RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS

par le professeur HILDEBRANDT.

(*Suite et fin*).

Avant d'en arriver à cet intéressant chapitre, je veux établir avec les développements nécessaires l'anatomie de l'utérus, spécialement en ce qui concerne ses moyens de soutien. La position normale de l'utérus, droite, soulevée, un peu pliée en avant, est due, d'une part, au vagin qui forme soutien par ses liens avec le faisceau pelvien et par les couches rigides de tissu connectif qui s'attachent au bassin, comme aussi par le ressort propre de son tissu, et, d'autre part, au péritoine, qui prend l'utérus dans un large repli, et qui après l'avoir enveloppé se porte au-dessus vers le grand bassin où il adhère solidement aux organes qui s'y trouvent. Les replis de renfort du péritoine, entre lesquels, à côté d'un tissu connectif épais se trouvent des fibres plus ou moins contractiles, vont de l'utérus à la vessie, ligaments vésico-utérins, et au rectum, ligaments recto-utérins, les ligaments ronds et larges contribuant

bien peu à soutenir l'utérus dans l'état physiologique de vacuité. Cependant, entre les moyens de fixation de la paroi antérieure et ceux de la paroi postérieure, il y a une très notable différence. Sur toute la paroi antérieure, le tissu musculaire, depuis le fond jusqu'en bas est si intimement uni au péritoine qu'il n'est pas possible de les séparer sans les déchirer, et sous l'espace limité par le péritoine, entre les ligaments vésico-utérins, il existe une couche épaisse de tissu connectif solide, de 2 centimètres, qui unit immédiatement et solidement la partie antérieure de la portion sus-vaginale au fond de la vessie; sur la partie postérieure, au contraire, l'union entre le tissu musculaire utérin et le péritoine, comme nous allons le voir, est très lâche, étant constituée par du tissu connectif rare et ne peut être même, comme résistance, approximativement comparée à celle de la paroi antérieure. Le péritoine recouvre, non-seulement toute la portion du col de l'utérus qui se trouve au-dessus du vagin, c'est-à-dire cet espace de la portion vaginale qui est unie en avant avec la vessie au moyen de la couche de tissu connectif épaisse et solide de 2 centimètres, dont j'ai déjà parlé, mais couvre encore la partie du vagin qui correspond à la moitié supérieure de la lèvre postérieure de la portion vaginale; mais l'union du péritoine, dans cette région, depuis le fond et même au delà, à la couche musculaire superficielle, est si lâche que les deux tissus peuvent, sur le cadavre, se séparer sans effort ni déchirure avec le manche du couteau et même avec le doigt jusqu'au fond de l'utérus. Sur la portion vaginale, comme Kohlrausch l'a démontré sur une très belle figure des parties génitales de la femme, faite sur un cadavre gelé, le péritoine se sépare des parois utérines en formant un grand pli transversal, rempli de tissu cellulaire libre et de beaucoup de vaisseaux, avant de descendre au vagin et de former le plancher de l'espace de Douglas. Cette disposition anatomique, facilement visible sur chaque cadavre, se reconnaît même sur le vivant, entre autres causes, par le fait que les inflammations phlegmoneuses naissent bien plus rarement sur la paroi antérieure que sur la postérieure, et que, quand cela a lieu pourtant, elles se distinguent des autres paramétrites par la douleur plus forte

et l'intensité de la fièvre. On le reconnaît encore par ce fait qu'il n'existe jamais d'extravasions entre la vessie et l'utérus. Entre le rectum et l'utérus, au contraire, il s'en produit dans de si grandes proportions et avec tant de fréquence qu'on peut raisonnablement soutenir, que la moitié au moins de toutes les tumeurs placées sur la partie postérieure du vagin et des exsudats extrapéritonéaux furent originairement des hémorrhagies dans le tissu connectif sous-péritonéal lâche qui se trouve là : Nous souvenant de ces conditions anatomiques, il faut dire que l'utérus est privé dans sa paroi postérieure de ces soutiens rigides et constants que possède l'antérieure. Il est vrai que quand il est plié en avant, la paroi antérieure du rectum le soutient en arrière, cette partie du rectum occupe l'espace de Douglas ; mais les changements fréquents de plénitude de cet organe, comme aussi la distension plus ou moins prononcée de la vessie ; devraient pousser de préférence l'utérus vers la rétroversion et rétroflexion, et enfin le maintenir dans cette position et cette forme, s'il n'existait d'autres freins qui ont autant d'importance et de force que ceux de la paroi antérieure ; les troncs vasculaires servent en partie à empêcher la rétroflexion, et ils sont plus nombreux et plus serrés dans la paroi postérieure; leur plénitude continuelle préserve, pendant la vie, les tissus de la tendance à fléchir dans ce point.

La force que possèdent ces solides faisceaux musculaires trouvés par Luschka dans les ligaments recto-utérins et indiqués sous le nom de *retractores uteri*, est d'une importance considérable. En étudiant bien la place de ce muscle et la richesse de ses fibres contractiles, l'office qui lui est assigné apparaîtra clairement, c'est d'équilibrer la puissance des moyens de fixation de la paroi antérieure et d'obvier aux désavantages causés par l'union incomplète du péritoine à la paroi postérieure. Ce pli décrit par Kohlrausch et susmentionné, qui est placé transversalement à la portion sus-vaginale, dirigé vers l'espace de Douglas, se continue à côté de l'utérus avec les deux plis péritonéaux qui descendent aux côtés du rectum et qui, fermant latéralement cet espace, furent appelés plis semi-

lunaires de Douglas. Le muscle rétracteur se tient dans ce grand repli en fer à cheval ; il se compose essentiellement de fibres musculaires utérines et vaginales, excepté dans son milieu et, selon Luschka, arrive presque jusqu'à la seconde vertèbre sacrée. La seule action qu'on puisse lui reconnaître est de maintenir l'antéversion physiologique de l'utérus, et d'empêcher la rétroflexion. Tenant donc pour certain que la plénitude des vaisseaux d'une part et surtout la tension rigide des plis de Douglas avec la résistance naturelle du muscle qu'elles renferment, sont les soutiens essentiels de la paroi postérieure de l'utérus, il semblera logique d'admettre que, quand sous l'influence de l'anémie et d'une faiblesse générale des muscles et spécialement en raison du ramollissement et de la dégénéressence graisseuse musculaire des parties génitales, ces freins de l'utérus perdent leur force, le corps de cet organe cède nécessairement à la pression persistante des viscères qui sont au-dessus et au devant de lui et que ce fait ne peut se produire que dans la direction d'avant en arrière (rétroversion) parce que les causes susdites n'altèrent pas les soutiens de la paroi antérieure exclusivement formés de tissu connectif, mais au contraire ceux de la paroi postérieure. La rétroversion une fois établie, la rétroflexion naît à la longue sous l'effort de la pression abdominale ; celle-ci peut aussi se produire par suite d'un accident, coup sur l'abdomen, etc. ; si le corps est brusquement secoué, ou encore par une très forte action des parois abdominales. La pression sur l'utérus de haut en bas est d'autant plus énergique que le tissu est plus distendu et les ligaments plus mous, et la flexion se produit d'autant plus rapidement et d'autant plus complètement. Je n'aurais pas entrepris de soutenir la justesse de cette opinion sur l'origine de la rétroflexion, opinion qui pourrait sembler superficielle parce qu'elle est essentiellement fondée sur des données anatomiques, si je n'avais, par expérience sur beaucoup de malades, acquis la même conviction, c'est-à-dire que la condition essentielle de la rétroflexion consiste exclusivement dans le manque de solidité des soutiens de la paroi postérieure de l'utérus, et qu'au contraire la mollesse et les épaississements

qui accompagnent si souvent les rétroversions ne sont que des faits secondaires. Les cas cliniques qui suivent serviront à appuyer par des exemples cette opinion et à en démontrer l'exactitude.

Il y a, chez les femmes, certaines causes morbides ayant pour effet un relâchement total des organes génitaux, de sorte que, non seulement à l'utérus et au vagin mais encore au constricteur de la vulve, à l'élévateur de l'anus et au périnée se révèlent à l'exploration la mollesse anormale des muscles et la perte complète de la fermeté de tous les tissus ; dans ces conditions de relâchement, l'utérus change d'abord de forme et plus souvent de place, mais enfin tombe ordinairement en arrière et se plie dans une rétroflexion aiguë. Cela se rencontre le plus fréquemment chez les femmes mariées à des hommes peu puissants et, de la façon la plus évidente, au plus haut point, chez les filles adonnées à la masturbation. Ce n'est pas rare, chez les femmes qui allaitent trop longtemps leur enfant (deux ou trois années et j'en ai vu jusqu'à quatre et cinq ans). Celles-ci deviennent évidemment malades par anémie des organes génitaux à la suite de l'excessive activité des mamelles ; celles-là principalement par la faiblesse musculaire causée par des excitations nerveuses répétées. Chez beaucoup d'entre elles un autre élément principal peut entrer en jeu ; à cause des fréquentes lésions que la portion vaginale reçoit de l'action de l'instrument masturbateur, il se produit sur des organes génitaux du relâchement et de l'inflammation qui causent l'enflure et l'hypersécrétion de la muqueuse. Le liquide catarrhal s'écoule d'abord par la courte voie du canal cervical, si ensuite il devient plus épais en devenant chronique et si la muqueuse s'épaissit de manière à obturer par ses plis l'ouverture du canal, il se forme (et ce n'est pas rare) à la suite de guérisons et de réouvertures des ulcérations catarrhales, des rétrécissements cicatriciels de l'orifice, la secrétion séjourne dans la cavité, et celle du corps de l'utérus s'y ajoute. La cavité se dilate, l'axe longitudinal s'allonge. A cette dilatation mécanique, le tissu des parois utérines, déjà fatigué s'affaiblit encore plus ; il cède à la pression des vis-

cères placés au-dessus, jusqu'à ce que le fond trouve un obstacle et un appui sur le tissu opposé au vagin et au rectum. Cette maladie secondaire de la muqueuse cervicale, avec dilatation consécutive de la cavité, arrive souvent, quoique pas toujours chez les masturbatrices et chez les femmes de maris impuissants.

Peut-être la chose pourrait dépendre de la forme de la masturbation et du degré d'impuissance des maris. Le fait est que, chez les filles masturbatrices, le vagin et la portion vaginale ne sont pas toujours soumis à l'irritation directe du doigt ou d'autres instruments. A quelques-unes, il suffit, par exemple, étant assises et les jambes rapprochées de frotter les petites lèvres jusqu'à l'excrétion des glandes de Bartholin, ou d'irriter d'une manière quelconque le clitoris. Selon les variations de l'abus, varient de même les conséquences. Parmi mes malades j'ai trouvé très rarement l'hypertrophie du clitoris, observée si fréquemment par Gustave Braun à Vienne. Plus souvent, j'ai vu l'hypertrophie des petites lèvres, mais plus souvent encore l'ensemble des symptômes utérins décrits plus hauts. Vous pourriez croire, Messieurs, que la relation causale entre la masturbation et la rétroflexion est rare à trouver, comme est rare la confession franche du vice ; et cependant celle-ci ne s'obtient pas si difficilement qu'on pourrait le croire au premier abord ; avec de l'adresse dans les questions, on arrivera à découvrir la vérité, souvent directement ou enveloppée de périphrases qui semblent très éloignées de ce qu'elles cachent. Mais, d'autre part, chez une fille, chez laquelle nous voyons l'hymen disparu et les plis vaginaux, nous n'avons pas besoin de la confession puisque de semblables altérations ne peuvent être expliquées autrement que par les distensions mécaniques répétées. Comme exemple de rapport entre la rétroflexion et la masturbation, je vous citerai le cas d'une fille de 12 ans, malade par suite de ce vice, dont je trouve l'observation dans mon journal privé de 1867 et 1868 ; elle souffrait d'une rétroflexion très avancée.

A la même époque, il m'arriva de trouver sur 24, 14 cas de jeunes femmes mariées à des hommes peu puissants et souffrant

de rétroflexions : il ne se passe pas de semestre d'été, sans que j'ai la facilité d'observer ici, à la clinique, beaucoup de ces cas. Ce sont pour la plupart, des juives polonaises, femmes d'hommes impuissants, d'ordinaire mariées trop tôt. Existences pitoyables, saines et robustes avant les noces, mais, depuis, devenues maigres et débiles ; sujettes à des anomalies menstruelles et à des désordres nerveux, et restées sans enfants. L'examen génital est, chez elles, toujours le même : Portion vaginale conique laissant passer difficilement le cathéter, utérus rétrofléchi aux parois minces et lâches et à la cavité le plus souvent large.

Ce sont les rétroflexions de la forme la plus simple faciles à vérifier par l'exploration, très claires pour l'étiologie. Je voudrais les appeler *primaires* parce qu'on ne trouve sur le cadavre aucune altération anatomo-pathologique. Des exemples que je viens d'indiquer, il ressort que ce groupe de rétroflexions primaires n'est pas du tout mince. Si d'autres en ont jugé autrement, et sont arrivés à la fin, à nier ces rétroflexions, cela peut s'attribuer à ce qu'ils n'ont rencontré que des rétroflexions de longue durée, accompagnées de profondes altérations de tissus par inflammations intercurrentes ; mais les flexions primaires ont dans un certain sens une grande importance scientifique. Elles permettent, par la grande simplicité de leurs conditions, par l'absence de complications et par le facile accès à l'exploration bimanuelle, la plupart du temps, la détermination du point de flexion, avec une précision semblable à celle qu'on a sur le cadavre. Dans des recherches relatives à ce sujet j'ai pu me convaincre que l'opinion qui admet que le sommet de l'angle de flexion est toujours exactement situé au point de flexion de l'antéflexion, c'est-à-dire, sur les confins, entre le corps de l'utérus et le col, était fausse. Je me suis assuré que l'angle de flexion au lieu de se tenir dans ces limites précises, dans les deux tiers des cas, est souvent au-dessous et très près du bord de la lèvre postérieure utérine ; assez rarement sur l'orifice interne, excepté dans deux cas que j'eus l'occasion d'examiner souvent, dans lesquels la flexion siégeait juste au-

dessus du débouché des trompes. Une de ces rétroflexions était occasionnée par la masturbation ouvertement confessée. Ce cas était très grave, compliqué de coliques menstruelles assez douloureuses et longues, de très violentes douleurs nerveuses, douleurs à l'épine dorsale et au coccyx, faiblesse dans les jambes, la longueur de la cavité étant normale ainsi que l'épaisseur des parois utérines. Ce cas, malgré les soins les plus attentifs, ne s'améliora pas, mais, au contraire, s'aggrava beaucoup, un an après le mariage que j'avais malheureusement permis comme inoffensif.

Parmi les symptômes essentiels et parmi les conséquences, provenant du relâchement musculaire de l'utérus et des ligaments, produit par les causes susdites et ayant pour effet la rétroflexion, il faut compter ceux qui proviennent de la régression incomplète après les couches.

Celles-ci trouvent leur raison directe dans le retard du progrès régressif adipeux du tissu qui persiste après la grossesse et dans la formation défectueuse du nouveau. Ces progrès pathologiques, cependant, sont les effets de ces influences nuisibles qui troublent le cours normal des couches en général, c'est-à-dire, le progrès physiologique réductif de l'utérus et de ses annexes. La distension excessive de l'utérus de la femme enceinte, par hydramnios et grossesse gémellaire, donne lieu immédiatement à la rétroflexion, parce que l'utérus, dans le premier temps de l'accouchement, se contracte mal. De même font les métrites puerpérales, ennemies déclarées des involutions normales. Les femmes faibles qui quittent le lit trop tôt, quand l'utérus n'est pas encore redevenu assez petit, sont particulièrement disposées à la rétroflexion. L'effort de la pression abdominale et des intestins qui sont au-dessus, souvent excessivement remplis, pousse l'utérus en bas, dans le sens vers lequel il cède le plus aisément, c'est-à-dire vers la paroi postérieure. Cet inconvénient survient le plus souvent après les avortements ou les couches prématurées, que les femmes inclinent à prendre pour de simples menstruations et où, au contraire, l'utérus est soumis au même progrès d'involution consécutif aux couches

normales, il s'en suit que les avortements et les couches prématurées sont très souvent causes de rétroflexion.

Ce groupe de relâchements que nous voulons appeler puerpéraux, comprend la plus grande partie des rétroflexions. Dans mon journal privé du 1er juillet 1867 jusqu'en juin 1868, je trouve consignées en tout 189 flexions, 92 antéflexions et 97 rétroflexions. Celles-ci comprennent 32 filles et femmes stériles, pour 65 femmes ayant eu des enfants et, parmi elles, 38, c'est-à-dire plus de la moitié, devaient leur mal à des avortements ou à des couches mal soignées. Les autres cas étaient des conséquences de tumeurs qui comprimaient ou abaissaient l'utérus (4), d'exsudats qui le fixaient, en arrière, au rectum (6), de chutes graves sur le bassin, l'utérus étant normal (5). Quant au reste, dans peu de cas, je trouvai d'autres raisons que l'affaiblissement de tout le corps, par suite de tubercules, scrofules et chlorose.

D'après ces distinctions, nous sommes autorisés à admettre, comme cause plus fréquente de la rétroflexion, l'amollissement des couches musculaires de l'utérus, des fibres musculaires de ses ligaments et de la portion supérieure du vagin; de cette façon, nous nous trouvons en opposition avec les vues des deux plus éminents de nos anatomo-pathologistes. Rokytansky fait dériver la rétroflexion de l'atrophie observée souvent par lui, de ce tissu connectif qui, placé dans la portion sus-vaginale, immédiatement sous la muqueuse, se trouve étendu particulièrement à la paroi postérieure et, dans l'état normal, donne la forme physiologique à l'utérus. Mais cette atrophie doit plutôt être regardée comme conséquence que comme cause de la flexion produite par le plissement et par la fermeture graduelle des vaisseaux. Nous acceptons encore moins l'opinion de Virchow que les flexions naissent avant tout des cordons exsudatifs qui, engendrés par l'inflammation aiguë et sub-aiguë, tirent la paroi postérieure en bas, vers le rectum, et l'y fixent. En vérité ces processus ne sont pas du tout rares, particulièrement dans les flexions provoquées par des relâchements puerpéraux, et nos 97 cas, cités plus haut, s'y rapportent six fois ; mais ils

ne laissent pas, malgré cela, d'être plutôt les effets que les causes de la flexion, quoique dans les cas qui remontent à plusieurs années, il soit difficile de vérifier cela durant la vie, et que souvent sur le cadavre on ne trouve plus rien.

Ainsi, l'étiologie des rétroflexions étant connue, et les conséquences de la flexion sur le tissu lui-même et sur l'inflammation résultante de l'utérus et de son voisinage étant mises en évidence, nous sommes à même d'entreprendre une thérapeutique appropriée et rationnelle contre ce mal. Nous ne devons pourtant pas nous flatter d'y apporter toujours la guérison, car sa guérison intégrale peut à peine être obtenue dans la moitié des cas ; mais souvent, nous pourrons améliorer et d'ordinaire diminuer les infirmités douloureuses. Mais nous ne pouvons procéder opportunément que quand nous nous attachons étroitement à la cure des altérations anatomiques et celles-ci variant extraordinairement dans les diverses formes de flexions, selon l'étiologie et selon la durée du mal, de même les expédients curatifs doivent-ils être nombreux et variés. Pour parler avec ordre de nos méthodes et dans le sens des idées énoncées sur les origines des flexions, nous les distinguons en cinq groupes purement primaires, en rapport avec une dilatation de la cavité, puerpérales, inflammatoires, produites par des tumeurs.

I. — Commençons par la forme la plus simple, la flexion plus ou moins aiguë de la paroi postérieure d'un utérus d'épaisseur et de longueur normales, non durci ni amolli, et non sujet à l'irritation inflammatoire. Le but de la cure est l'atonie des fibres musculaires de l'utérus, de ses ligaments, du vagin. Les remèdes pourront alors être seulement efficaces quand on aura détruit les causes qui produisent et maintiennent cette atonie. Cela ne peut pas toujours se réaliser. La masturbation ne se détruit pas chez les filles avec la simple persuasion, et les moyens coercitifs proposés jusqu'à présent sont trop sévères ou inopportuns, ou quelquefois nuisibles. Pour les femmes sans enfants, femmes d'hommes impuissants, le bon conseil ne coûte

pas cher ; mais la cure directe commence par une méthode tonique qui a en vue, en partie, l'état général et en partie l'état local, en même temps qu'un régime réconfortant et nutritif, un exercice bien réglé des forces et l'usage de la quinine et du fer. J'ai obtenu jusqu'à présent de bons effets de l'eau froide sous forme de frictions, de bains de mer et de rivière et de douches utérines, d'abord fraîches et ensuite froides. J'ai vu, avec ces moyens, souvent l'amélioration, quelquefois la guérison complète, quand les causes premières ne provoquent pas de nouvelles rechutes. Malheureusement cette thérapeutique n'est pas supportée par toutes les malades atteintes de rétroflexions primaires, spécialement par celles chez lesquelles la flexion est accompagnée des nombreuses indispositions nerveuses que nous avons citées, dont l'estomac ne supporte pas le quinquina, ni le fer, ni beafteaks, ni autres aliments, dont la peau ne supporte pas l'eau froide et dont la vessie répond aux douches de 20-25° par des spasmes. Chez ces malades, l'amélioration n'est pas rare avec les bains tièdes et ferrugineux ; la flexion n'est pas du tout supprimée, mais une grande partie des désagréments cessent.

II. Là où nous avons reconnu, outre la flexion, des affections secondaires du tissu, nous devons combattre avant tout ces dernières. Nous voyons qu'une des plus simples affections secondaires est le rétrécissement du canal cervical avec rétention des secrétions et dilatation de la cavité utérine. Notre but est alors avant tout de procurer le libre écoulement du liquide; à cette fin, je dilate l'orifice externe avec le couteau de Sims. L'efficacité de cette petite et innocente opération est souvent merveilleuse.

L'année dernière il y avait à la clinique une fille de 26 ans, atteinte de rétroflexion sur la cause de laquelle nous avions quelque soupçon, mais aucune certitude. Le vagin se montrait derrière l'hymen très mou, très étroit et assez rugueux ; il était large seulement dans la partie supérieure très relâchée, presque pendante. L'utérus, avec la portion vaginale conique et

difficilement accessible à la sonde, à cause de l'étroitesse de l'orifice externe était très mou, remplissait toute la paroi vaginale postérieure et avait, en même temps que des parois minces, une cavité longue de cinq pouces. Il fut pratiqué une entaille transversale sur la portion vaginale, presque jusqu'à l'orifice interne. L'hémorrhagie fut insignifiante ; la portion vaginale présentait une fente largement ouverte ; six jours après, explorant la malade et attendant la guérison superficielle des lèvres de la blessure, nous trouvâmes la cavité utérine réduite à trois pouces. La sonde se mouvait dedans moins facilement, les parois utérines étaient plus épaisses, l'angle de flexion moins aigu. Avec cette petite opération, l'utérus étant d'autant moins sujet à la pression des viscères qu'il est plus court, on obtient souvent beaucoup, mais, cependant, d'ordinaire, pas tout ; la mollesse des parois utérines d'une part, le peu de force des ligaments recto-utérins et de la portion supérieure du vagin persistant et ne cessant pas avec l'eau froide ni avec les toniques internes, alors on est forcé de passer à l'irritation directe de l'utérus. Dans ce but, nous nous servons des injections intra-utérines, de la sonde et des pessaires intra-utérins. J'ai employé les premières avec grand succès, dans les cas d'utérus à large cavité, et à parois molles et inertes, mais seulement dans ces cas. Je les ai employés avec des précautions que bien des fois j'ai reconnues nécessaires, c'est-à-dire que j'ai pris une petite quantité de liquide, je l'ai réchauffé et injecté en chassant l'air ; j'ai laissé le liquide se mettre en contact avec les parois et je l'ai séché avec le piston de la petite seringue. Dans le principe, je me suis servi de la liqueur allongée de sesqui-chlorure de fer. Mais j'ai vu souvent des hémorrhagies en résulter. Maintenant je n'injecte que de la glycérine privée d'eau et chimiquement pure et j'obtiens le même effet ; la cavité utérine se rapetisse, le catarrhe, qui, si souvent, accompagne la flexion, disparaît et on ne court pas le risque des hémorrhagies provoquées sur la muqueuse par l'eschare du perchlorure de fer et par sa chute. Mais souvent il reste un peu de flexion, avec un degré plus ou moins marqué de version, alors c'est le cas de recourir avec avantage

à la sonde et au pessaire intra-utérin. Leur valeur est multiple ils aplanissent l'angle du pli et ainsi distendent les vaisseaux pliés et rétrécis, les rendant à leurs fonctions normales. D'autre part, ils agissent comme corps étrangers que l'utérus cherche à expulser et, en l'irritant, accroissent la contractibilité et la force de la couche musculaire. Mais là où la sonde ne redresse la flexion que pour peu de temps et ne détruit qu'imparfaitement la version qui l'accompagne, le pessaire intra-utérin tient l'utérus distendu d'une manière durable et, quand on sait bien l'appliquer, réduit la version d'une manière durable. Mais il faut se garder d'employer dans ce but le régulateur à ressort proposé par Simson et Martin, qui peut devenir, même dans les mains du gynécologue le plus expérimenté, un instrument dangereux. L'utérus reste trop distendu, ce qui provoque des douleurs et souvent une violente inflammation. Le pessaire simple adapté à l'antéflexion lisse, rond, d'égale épaisseur dans toute sa longueur et pourvu en bas d'un bouton, ne trouve pas sur la paroi antérieure du vagin ce soutien qu'il trouve dans l'anteflexion, à la partie postérieure, il est très bien applicable quand le bouton est soutenu par un anneau vaginal élastique. D'ordinaire j'appuie le bouton sur le segment postérieur de l'anneau et j'obtiens ainsi un certain degré d'antéversion qui s'oppose d'une façon durable à la rétroversion.

On pourrait penser qu'au lieu de ces méthodes longues et qui nécessitent de l'habitude et de l'expérience, on devrait préférer le plus rationnel et le plus sûr des arguments proposés contre l'atonie du tissu utérin et de ses alentours, le *galvanisme* ? Nous avons fait des expériences cliniques dans ce sens; avec deux espèces de sondes introduites dans l'utérus, nous y avons dirigé des courants induits d'intensités variées et croissant petit à petit. Quand ils étaient tolérés, ils n'aboutissaient à rien, quand ils irritaient fortement, ils provoquaient d'ordinaire la paramétrite, alors nous tentâmes le courant constant. Pour arriver directement aux ligaments recto-utérins, nous nous servîmes d'une espèce d'instrument à fourchette placé sur la paroi postérieure vaginale, l'appuyant fortement, nous y avons

fait passer de très faibles courants pour renforcer la couche musculaire de la paroi vaginale postérieure et les *retractores uteri*. A tous les essais tentés la paramétrite succéda.

III. Les rétroflexions puerpérales, quand elles ne sont pas anciennes, comportent les meilleurs succès curatifs, c'est-à-dire quand les altérations secondaires du tissu ne sont pas encore produites et qu'il n'existe que de l'affaiblissement. La guérison est d'autant plus sûre que les soins sont venus plus tôt. Dans les cas d'une semaine, nous redressons l'utérus avec la main, nous employons les cataplasmes froids sur le ventre, le fer à l'intérieur avec l'ergotine, la complète tranquillité dans la position latérale et l'évacuation quotidienne du rectum au moyen de lavements frais ; pour ceux de plus d'une semaine, l'emploi avec précaution de la sonde et celui de la douche fraîche. Certains cas avec utérus très relâché et mince exigent les injections intra-utérines. Les pessaires intra-utérins ne sont d'ordinaire pas supportés dans les 4 ou 6 premières semaines; c'est pour cela qu'il faut les éviter.

La cure de ces rétroflexions dans lesquelles l'utérus se trouve en état d'irritation chronique avec parois dures, rigides, épaisses, avec catarrhes, ulcères et paramétrite plus ou moins diffuse, est bien plus difficile, plus laborieuse et plus rarement suivie de succès. Ici une cure tonique serait non seulement inutile, mais mauvaise même. L'unique chemin qui nous reste à suivre est celui d'une méthode antiphlogistique, résolutrice, émolliente ; saignées répétées dans le voisinage de l'utérus douches chaudes croissantes, bains chauds avec adjonction des sels indiqués, usage externe d'eaux iodées et purgatives, voilà les moyens qui pourraient faire espérer un bon succès en enlevant d'abord à l'utérus l'état atonique, ensuite en amincissant les parois, éloignant le catarrhe et la paramétrite.

Autrefois je me servais ordinairement des sangsues sur la portion vaginale de l'utérus, mais j'y ai renoncé parce que je n'ai pas trouvé une seule sage-femme qui, une fois ou l'autre, n'appliquât les sangsues en mauvaise place, et, dans la rétro-

flexion, spécialement sur la paroi postérieure du vagin qui se présente libre et quelquefois, dans le spéculum, si celui-ci a été mal introduit, occasionnant de cette manière de graves hémorrhagies ; c'est pourquoi je faisais moi-même les saignées non avec les sangsues mais avec les scarifications ; et si celles-ci ne suffisaient pas, avec de profondes incisions sur la portion vaginale. De cette manière, j'atteignais parfaitement mon but, s'il n'y avait pas un état d'irritation aiguë ; si je ne veillais pas à cela, je voyais souvent suivre la paramétrite. Dans les inflammations aiguës de l'utérus il semble que les incisions du tissu, bien que tolérées par un utérus normal et atonique, deviennent souvent nuisibles, malgré les hémorrhagies provoquées, la mollesse s'augmente et conduit à la métrite diffuse et à la paramétrite. C'est pourquoi, quand il existe un état d'irritation aiguë, je fais toujours appliquer 4 ou 6 sangsues aux parois abdominales. Il ne paraît pas d'importance essentielle d'ajouter des sels minéraux aux bains. Préférant les eaux iodées, je prescris toujours celle de Jastrezemb, en raison de sa richesse en chlorure d'iode et acide carbonique. Parmi les eaux purgatives, celles de Marienbad se recommandent dans la plupart des cas. Si, avec l'usage de ces remèdes, l'amélioration de l'utérus est en bonne voie et si les malades ont été mises dans des conditions nutritives relativement favorables, il y a un grand pas de fait, mais non tout ce qui est nécessaire.

Les récidives menacent tant que l'angle de flexion subsiste, et tant qu'il reste une trace de rétroversion même minime. Du moment où l'utérus se trouve, par les soins ci-dessus, revenu à son tissu normal, on entreprend la méthode curative de la rétroflexion primaire, eau froide, sonde, pessaires intro-utérins, ou, si ceux-ci ne sont pas applicables, à cause de l'irritation de l'utérus, ou des hémorrhagies, le pessaire à levier de Sims ; il peut se plier, il est revêtu de gomme, courbe comme celui de Hodge, ou ovale, il redresse l'utérus comme un pessaire intra-utérin, en partie en appuyant directement contre le corps, en partie, par la forte tension de la paroi vaginale postérieure, qui produit naturellement la tension des ligaments recto-utérins et des *retractores uteri*.

On obtient souvent avec eux la disparition complète de tous les désordres apportés par la rétroflexion. Il ne manque pas de cas de complète guérison, et j'ai eu la satisfaction de voir, dans les deux années depuis lesquelles je me sers de ce pessaire, 9 guérisons complètes de rétroflexions. Ni moi ni d'autres ne pouvons prévoir si ces résultats favorables persisteront longtemps, puisqu'il s'agit d'une méthode curative nouvelle qui constitue évidemment une précieuse decouverte pour la thérapeutique des rétroflexions.

IV. Dans les cas peu accessibles aux cures radicales, celles par exemple qui sont dues à la pression ou aux tiraillements de la part de tumeurs fibreuses, les pessaires de Sims obtiennent tout le bien qu'on peut attendre, au moins ils éloignent les phénomènes douloureux sans en amener aucun. Dans un cas de fibroïde gros comme un œuf de pigeon sur la paroi postérieure d'un utérus très mou, je dissipai la rétroflexion très avancée avec le pessaire de Sims, qui pouvait même être ôté deux ou trois mois, les hémorrhagies abondantes et le catarrhe cessant durant ce temps.

V. Quand la flexion est maintenue par des pseudo-ligaments qui fixent l'utérus en arrière et ne sont pas susceptibles de résorption, à cause de leur ancienneté, la cure est alors des plus difficiles, interminable et peu consolante. Un essai prudent fait avec précautions et à intervalles plus ou moins longs, peut seul, peu à peu, conduire à quelque chose. En redressant l'utérus avec la sonde, les ligaments se distendent peu à peu au point de perdre la tension qui retient l'utérus, mais malheur à vous si vous procédez brusquement et avec précipitation. Une métrite aiguë et une péritonite, peut-être même une hématocèle, sont les conséquences qui en dérivent; pour le moins, une récidive très difficile à vraincre sera immanquable, mais si la tentative peut être répétée impunément sans irriter l'utérus, ce sera le cas de recourir au pessaire intra-utérin en permanence.

De cette façon, j'ai obtenu la guérison de rétroflexions chroniques, accompagnées de graves infirmités, d'utérus très gros-

sis et durcis. Mais il fallut des années (dans un cas 7, dans un autre 8) avant que j'aie pu déclarer les malades rétablies d'une façon durable. Par malheur, on n'a même pas la chance d'avoir toujours établi la guérison ; souvent le mal disparaît pendant des mois et des mois, quand une négligence au moment de la menstruation, un refroidissement, un effort excessif le fait de nouveau reparaître. Ici je dois faire remarquer que l'ancienne erreur : « *Les couches guérissent les maux génitaux des femmes* » est justement pour les rétroflexions mise dans la plus grande évidence.

J'ai guéri quelques femmes stériles de la rétroflexion qui les rendaient telles ; elles conçurent et eurent des grossesses normales et de bonnes couches ; pendant les couches, elles suivirent rigoureusement les préceptes prophylactiques les plus rigoureux, et pourtant la rétroflexion reparut et dut être soignée de nouveau. Par bonheur il n'en arrive pas toujours ainsi.

De cette façon le pronostic des rétroflexions, généralement parlant, ne peut pas être regardé comme favorable. Mais ceux qui soutiennent que les rétroflexions sont incurables jugent notre thérapeutique trop défavorablement. Scanzoni, par exemple, admet la possibilité d'enlever les incommodités qui accompagnent ce mal, mais nie que l'on puisse restituer à l'utérus sa forme primitive. Cette doctrine d'un des plus célèbres gynécologistes allemands ôte certainement le courage à beaucoup. Vous, Messieurs, si vous vous attachez aux principes et aux divers arguments curatifs que j'ai eu l'honneur de vous exposer, vous ne craindrez pas de faire des tentatives et d'user du pessaire intra-utérin quand vous en trouverez l'occasion. Mais abstenez-vous en scrupuleusement, quand il existera les contre-indications que je vous ai indiquées ; et dans ces cas approvisionnez-vous d'un bon nombre des anneaux pliants de Sims et vous parviendrez non seulement à adoucir transitoirement ou à faire disparaître les désagréments de la rétroflexion, mais souvent à guérir la maladie d'une façon durable.

DES FORMES DE L'ORIFICE UTÉRIN DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA STÉRILITÉ.

Par le docteur Paul LANDOWSKY.

(*Suite et fin*).

Nous avons dit qu'à l'étroitesse et à la longueur de l'orifice, qui est déjà un petit canal, s'ajoutent l'induration des tissus, les inégalités, les sinuosités du canal, etc. Or la prolongation de l'application du corps dilatant a l'avantage d'opérer non-seulement la dilatation, mais de produire encore par l'écoulement abondant de sérosité que détermine la présence de la glycérine la résolution graduelle des indurations, l'assouplissement des tissus, en un mot la cure radicale du rétrécissement de l'orifice, comme on obtient par la présence prolongée de corps dilatants et par les mêmes effets la cure radicale du rétrecissement de l'urèthre chez l'homme. On ne saurait donc trop insister de s'efforcer de tirer de ce moyen tout le parti possible. En recommençant à plusieurs reprises, plusieurs fois de suite, la dilatation de pareils orifices, on finit par obtenir un agrandissement durable de l'orifice et la restitution de ses propriétés physiologiques, c'est-à-dire sa mollesse, sa souplesse, sa dilatabilité, sa contractilité, etc.

Un débridement double peut être indiqué après deux ou trois essais de dilatation dont les résultats ont été incomplets. Mais on peut revenir après ce débridement et obtenir la perméabilité de l'orifice et la cessation de la stérilité par des moyens aussi simples, lorsqu'on les compare aux opérations que peuvent nécessiter ces variétés, lorsqu'elles résistent décidément à l'action soutenue, prolongée, renouvelée, de corps dilatants associés à la glycérine, la pommade de la belladone et autres pommades fondantes et résolutives, dont on peut aider l'action de ces corps dilatants. Les succès obtenus par l'emploi persévérant de pareils moyens sont assez encourageants pour engager a n'y renoncer qu'après des essais renouvelés. Il ne faut pas

négliger d'associer à ces moyens, non seulement les pommades fondantes et une médication résolutive, mais encore les antiphlogistiques, ne serait-ce que pour prévenir et combattre l'inflammation que l'action du corps dilatant menace toujours de faire naître. On se trouvera donc bien des bains émollients, bains alcalins avec injections prolongées, repos au lit, des laxatifs répétés, cataplasmes sur le ventre, etc. D'autres fois, on combinera avec la dilatation le redressement de l'organe, la cautérisation de la muqueuse, etc.

Madame R..., âgée de vingt-quatre ans, réglée à quinze ans, peu abondamment mais régulièrement, avec de légères douleurs le premier jour, se reproduisant à la fin de la menstruation et persistant toute la semaine suivante; mariée à dix-neuf ans, elle a éprouvé, environ un an après son mariage, des douleurs qui débutèrent dans l'aine ou un peu au-dessus de l'aine gauche, à la suite d'un effort qu'elle fit, étant dans son lit, pour enlever et rapprocher d'elle un gros meuble. Les douleurs menstruelles que l'abondance ou la quantité de sang des règles semblèrent augmenter, en même temps que des pertes blanches vinrent se joindre à ces dérangements. Bientôt apparurent de nouvelles douleurs au sacrum, au coccyx, jusqu'à l'anus, qui allèrent toujours en augmentant, auxquelles s'ajoutèrent des douleurs dans les reins et quelquefois au nombril; une sorte de tiraillement, surtout dans le décubitus dorsal; enfin des douleurs gastralgiques ou dyspeptiques, sortes de nausées, qui firent croire plusieurs fois à un commencement de grossesse; supposition que rien ne justifia, car dans ces cinq ans il n'y eut pas un jour de retard pour la menstruation.

M. Courty, ayant été consulté pour cette stérilité et l'aggravation successive de ces douleurs, constata de prime abord une rétroflexion réductible, avec congestion hypertrophique du col et étroitesse congénitale de l'orifice à forme circulaire, augmentation de dimension de l'utérus (long de 9 à 10 centimètres) et leucorrhée mucoso-purulente peu abondante, mais visqueuse, s'ajoutant comme une cause nouvelle aux autres causes de stérilité.

L'enchaînement des événements était aisé à établir. Evidemment le point de départ était une étroitesse congénitale de l'orifice vaginal par insuffisance ou défaut de développement. Dysménorrhée mécanique, d'abord légère, augmentant après le mariage ; augmentation de la fluxion sanguine, engorgeant, distendant l'organe, en ramollissant simultanément le tissu, qui, n'ayant plus la rigidité suffisante pour soutenir l'organe dans son antéversion naturelle, le laisse tomber en rétroflexion ; en même temps il se produit une endométrite chronique accompagnée d'une hypersécrétion muco-purulente visqueuse, nouvelle cause de stérilité s'ajoutant à la rétroflexion, à la congestion hypertrophique du col et, par-dessus tout, à l'étroitesse de l'orifice à forme circulaire.

C'est par cette étroitesse qu'il fallait nécessairement commencer le traitement, puisque cette étroitesse elle-même était le début de la maladie. Ce traitement fut très simple, quoique complexe, et les divers temps s'enchaînèrent de la manière suivante :

D'abord, dès le premier jour, décubitus ventral tant que la malade était couchée, ce qui devait être toute la nuit et un peu dans la journée. Dilatation de l'orifice par l'éponge préparée, la belladone, la glycérine. Redressement de la rétroflexion avec le cathéter.

Après les premiers redressements, quand l'organe semblait commencer à s'habituer au retour vers sa forme et sa situation normales, cautérisation du fond de la cavité utérine avec de longs pinceaux roulés dans le nitrate d'argent pulvérisé ; cautérisation remplissant le double but de guérir la leucorrhée et de ramener dans le tissu utérin, avec la contractilité, la rigidité propre à guérir la rétroflexion.

Ces moyens furent accompagnés des adjuvants nécessaires et, à la fin, de l'hydrothérapie. La guérison, radicale au bout de quelques mois, fut suivie d'une heureuse grossesse.

Enfin quand l'étroitesse, se présentant sous la forme et avec la variété que nous venons de décrire, résiste véritablement à la dilatation, il n'en faut pas moins employer les corps dilatants

et faire le traitement que nous venons d'indiquer, ne serait-ce que pour donner aux tissus la souplesse et la flexibilité qui leur manquent. Mais ces moyens ne sont pas suffisants et exigent comme complément indispensable, non plus un simple débridement, qui ne tarderait pas à s'effacer par la réunion rapide des lèvres trop épaisses de la plaie formée de chaque côté du tissu divisé; il faut recourir alors à d'autres moyens pour assurer la persistance de ce débridement ou de cette division du col en deux lèvres, une antérieure et l'autre postérieure.

De tous les moyens qu'on a essayés jusqu'à présent, on peut dire que le meilleur, presque le seul même efficace, c'est la création autoplastique d'un orifice à lèvres et à commissures bien façonnées. Je ne parle donc pas de la perforation du col à droite et à gauche de l'orifice, de manière à former, dans chacun de ces points correspondants aux futures commissures, d'un trou qui ne s'oblitère plus, ni de la section du tissu compris entre l'orifice médian naturel et les orifices latéraux artificiels, soit à l'aide des instruments tranchants, soit à l'aide des ligatures, surtout de la ligature élastique. La réussite de ces moyens n'est pas assez certaine pour encourager la pratique de ces opérations.

Il n'est pas besoin non plus de recourir à des opérations autoplastiques bien compliquées, que l'on doit réserver plutôt pour la résection du col hypertrophié. Il nous semble qu'on peut se contenter habituellement d'un procédé autoplastique simple, mis en pratique par M. Courty, et qui consiste uniquement dans la formation des commissures latérales du nouvel orifice que l'on cherche à obtenir par débridement.

Il est évident que, du moment où la persistance de ces deux commissures est assurée, celle de l'orifice l'est aussi et qu'on ne risque pas de voir l'orifice se refermer de nouveau, comme cela arrive dans le cas particulier qui nous occupe, lorsqu'on s'est contenté d'un simple débridement.

L'autoplastie de commissures se pratique de la manière suivante :

A partir de l'orifice étroit congénital, on dissèque de chaque côté un lambeau triangulaire de muqueuse, dont le sommet répond à cet orifice même, et la base à la partie la plus éloignée de la portion vaginale du col. Ces lambeaux une fois disséqués et renversés à droite et à gauche, on débride profondément l'orifice à l'aide du ténotome étroit, comme on a l'habitude de le faire dans les autres occasions. Écartant alors l'une de l'autre les deux lèvres auxquelles on a donné ainsi naissance, on interpose les lambeaux triangulaires de la muqueuse dans chacun des angles de ces divisions, de manière que ces lambeaux, appliqués exactement sur le tissu propre saignant, formant de chaque côté un angle rentrant, puissent y être maintenus par deux points de suture de chaque côté.

La suture métallique à bouton de chemise, c'est-à-dire dont les deux fils passés dans les deux trous de chacun de ces petits boutons, reposant l'un sur la partie latérale du col, l'autre au fond de la commissure correspondante, et sur lesquels on retient les deux fils serrés par torsion, constitue habituellement le meilleur procédé de suture pour favoriser l'adhérence du lambeau de la muqueuse au fond de chaque commissure latérale. Au bout de quelques jours, une semaine environ, on peut couper les fils et ôter les boutons. Si l'adhérence ou la cicatrisation laisse quelque chose à désirer au point de vue de la régularité, il peut être utile de revenir ensuite à l'emploi de quelques éponges préparées.

Il faut quelques semaines, des mois même, pour que l'orifice ainsi façonné par l'autoplastie acquière la forme définitive qu'il doit conserver. Lorsqu'on a le bonheur de réussir cette petite opération, qui ne manque pas de difficulté à cause de la profondeur à laquelle on la pratique, on éprouve une vraie satisfaction à l'aspect de cet orifice, dont la forme et les dimensions sont définitivement constituées.

Mme F., âgée de vingt-neuf ans, bien constituée, tempérament nervoso-sanguin, était réglée à treize ans, d'abord faiblement et sans douleur, puis de plus en plus fortement, et enfin, quatre ou cinq ans après l'instauration menstruelle, les époques

s'annonçaient par des douleurs qui obligeaient la malade de rester allongée au moins quelques heures, de recourir aux cataplasmes sur le ventre et aux sédatifs en lavement et en boisson. Un traitement par les bains émollients prolongés, l'application de quelques vésicatoires, tantôt aux régions lombaires qui étaient le siège de fortes douleurs, tantôt à l'hypogastre et à la région iliaque ; le bromure de potassium, le régime lacté, tous ces moyens amenèrent une telle amélioration que la famille pensa pouvoir marier cette jeune fille après sa vingt-deuxième année écoulée. Les premiers temps du mariage ne provoquèrent pas trop de douleurs ; mais, par la suite, les fatigues de plusieurs voyages, ajoutées à celle de la copulation et de la menstruation, qui était redevenue douloureuse, ne tardèrent pas à produire une dysménorrhée de plus en plus pénible, dont les douleurs se prolongeaient huit et même quinze jours après les règles, de telle sorte que bientôt Mme F. n'eut pour ainsi dire presque pas d'intervalles de repos.

Les traitements précédemment employés restèrent dès lors sans succès ; la malade fut condamnée à un repos presque continuel ; le coït devenait tous les jours plus douloureux ; aucune apparence de fécondation ne se manifestait ; enfin la malade, découragée, consentit à venir, de fort loin, trouver M. le professeur Courty et se confier à ses soins.

Le toucher, l'examen au spéculum et le cathétérisme, permirent de porter du premier coup un diagnostic évident. Le col hypertrophié, plutôt cylindrique que conique, offrait à sa partie moyenne un orifice circulaire en apparence assez grand pour suffire à une fécondation, mais en réalité incapable de conception, par le fait même de cette apparence d'élargissement qui tenait à l'hypertrophie et au défaut de souplesse des tissus, ainsi qu'à la présence d'un mucus épais, visqueux, purulent, adhérent à toute la paroi interne du col, et venant sourdre en un gros flocon par l'orifice, lorsqu'on comprimait le col ou quand on venait à le sonder. La profondeur de l'utérus était de 9 centimètres et demi, et le bec du cathéter se mouvait dans tous les sens dans le fond de l'organe.

Les indications à remplir étaient donc aussi évidentes que l'enchaînement des faits : dilatation par l'éponge préparée, assouplissement du col par la glycérine et la belladone, les antiphlogistiques, bains prolongés, injections, contre la phlegmasie chronique. Injections dans la cavité utérine et attouchement de sa muqueuse par un pinceau roulé dans du nitrate d'argent, contre la leucorrhée ; enfin agrandissement de l'orifice et autoplastie des commissures pour obtenir la persistance de cet agrandissement malgré l'induration hypertrophique du col, qui tendait à faire adhérer l'une à l'autre les lèvres de l'orifice agrandi par un simple débridement.

Nous n'avons pas besoin de décrire les premières phases du traitement, qui durèrent environ trois mois ; nous nous contenterons de décrire le procédé qu'employa M. Courty pour façonner l'orifice de manière à le rendre suffisamment grand et à obtenir la persistance de ses dimensions agrandies.

Deux lambeaux triangulaires de muqueuse furent taillés à droite et à gauche de l'orifice circulaire ; ces deux lambeaux eurent pour base la partie latérale du col la plus rapprochée du vagin et furent renversés en dehors du col sur cet organe. L'orifice fut alors agrandi par un double débridement droit et gauche, auxquels M. Courty ajouta même, pour rendre l'orifice plus large, l'excision d'une partie des tissus propres de l'organe. Les lambeaux latéraux de la muqueuse furent alors repliés de manière à venir tapisser les angles du débridement et à former les commissures de l'orifice, leur sommet étant refoulé aussi haut que possible dans l'intervalle des deux lèvres de la plaie, formée de chaque côté dans les tissus propres. Deux fils de fer fins furent alors passés, non sans difficulté, à l'aide d'une aiguille creuse, traversant successivement, de dedans en dehors : le sommet de chaque lambeau de muqueuse, le tissu propre dans l'angle du débridement, et la base du lambeau de muqueuse dans le cul-de-sac vaginal. Un bouton de chemise en dedans et un autre en dehors furent traversés par les fils qui, étant tordus deux à deux au-dessus du bouton, furent ainsi bien assujettis. La malade fut soumise au repos absolu au lit, 1 centigramme

d'opium toutes les deux heures; à partir du second jour, des injections détersives furent faites dans le vagin matin et soir.

Les fils et les boutons furent ôtés le huitième jour; la malade avait été purgée la veille. Les lambeaux étaient bien adhérents dans les angles des commissures; il fallut pourtant, pendant les dix ou douze jours qui suivirent, cautériser avec le nitrate d'argent les bourgeons charnus irréguliers qui s'étaient formés sur quelques points des bords des lambeaux.

Un mois après, la malade quitta Montpellier et fut envoyée à Vichy pour y faire une cure résolutive par l'eau minérale en boisson, en bain et en injection, associée à l'hydrothérapie.

Depuis lors, et même depuis les premières périodes du traitement, la malade n'a plus éprouvé de douleurs, ni dysménorrhéïques ni d'aucune autre espèce. Elle se trouva tellement bien après Vichy, qu'elle n'avait pas souvenir d'avoir jamais joui d'une si bonne santé.

Toutefois il se passa encore un an avant la première fécondation, qui démontra enfin que la guérison était bien radicale. L'accouchement eut lieu sans aucun accident.

TRAITEMENT DE LA DEUXIÈME FORME.

La deuxième forme de la malformation de l'orifice utérin consistant, comme nous l'avons dit, dans la dualité de cet orifice, séparé par une membrane plus ou moins large et plus ou moins étendue en profondeur, est en quelque sorte la plus aisée à corriger.

Il est essentiel seulement de s'assurer que les deux orifices conduisent bien dans un orifice unique. Pour cela, il faut prendre la précaution à laquelle les médecins oublient quelquefois de songer; notamment, il faut introduire un cathéter par chaque orifice et s'assurer s'ils se touchent et à quelle profondeur ils se touchent; car c'est de cette profondeur que dépend le genre d'opération qu'il faudra faire pour suppléer à l'insuffisance des orifices et pour rendre la femme apte à être fécondée.

Si les deux cathéters ne se touchent point, on peut avoir affaire à un utérus complètement double, auquel cas il faut dilater au moins un orifice, celui qui paraît être le mieux développé, et conduire dans la cavité utérine le mieux conformé. Si, au contraire, les cathéters se rejoignent, on a recours à une opération plus ou moins différente, suivant que la cloison est plus étroite ou plus large. — La cloison de séparation est-elle mince, peu élevée, il suffit d'un coup de ciseaux ou de bistouri pour réunir les deux orifices en un seul, qui se rapprochera beaucoup plus de l'aspect d'un orifice normal que ceux dont nous avons parlé précédemment.

Il faut s'assurer, les jours suivants, que les lèvres de la petite plaie ne s'agglutinent pas; plus tard, il pourra être utile pour la régularisation d'introduire des corps dilatants, et il est probable que ces quelques soins suffiront à assurer l'aptitude à la fécondation.

Si la cloison est plus ou moins élevée, sa division peut présenter quelques difficultés ou exiger des règles de prudence, quelquefois assez minutieuses. Le mieux serait d'introduire une sorte d'entérotome à deux branches, minces, étroites. proportionnées aux orifices par où elles doivent passer, et qu'on serrerait l'une contre l'autre jusqu'à ce qu'elles eussent ulcéré et fait disparaître la cloison. On peut arriver au même but en introduisant de chaque côté un corps dilatant, notamment la laminaire, et en faisant ensuite à petits coups de ciseau, de bas en haut, la section de la cloison.

TRAITEMENT DE LA PREMIÈRE FORME.

Enfin la première forme, c'est-à-dire l'artrésie ou l'absence complète de l'orifice, nécessite les mêmes opérations que celles qui sont indiquées pour la cure de la rétention menstruelle. Or on sait que l'opération peut être plus ou moins facilitée, suivant que l'utérus est dilaté et que le col bombe vers la cavité vaginale, ou que l'on voit sur le milieu du col, peu ou point dilaté, une dépression qui indique le point où devrait se trouver l'ori-

fice absent. On sait aussi que l'accumulation du sang qui distend alors l'utérus peut nécessiter des précautions dans la rapidité plus ou moins grande avec laquelle peut se faire l'ouverture de l'organe et l'évacuation du contenu. Généralement, il faut faire une ponction avec un fin trocart; on peut même essayer d'un trocart capillaire et de l'aspiration du liquide contenu dans la matrice pour éviter dès le début l'entrée de l'air et son contact avec le sang retenu.

Ce n'est que plus tard, lorsqu'on aura évacué peu à peu cette quantité de sang, qu'on aura par des injections détersives mis en bon état la face interne de la muqueuse utérine; et que les contractions musculaires auront ramené l'organe à des proportions se rapprochant graduellement des dimensions normales, que l'on pourra commencer à agir sur l'orifice étroit, circulaire, produit par la ponction, comme sur ceux de ces orifices de même forme qui sont congénitaux, et dont nous avons parlé précédemment.

Mlle J., âgée de vingt-sept ans, tempérament lymphatique sanguin, fortement constituée, n'a jamais été réglée. Elle habite une petite ville, dans un pays montagneux, et elle a une existence dure et laborieuse comme celle des gens de la campagne. Dès l'âge de dix-huit ans, elle fut atteinte de douleurs lombaires, s'irradiant en ceinture vers le pubis, revenant tantôt tous les mois, tantôt tous les deux ou trois mois, et s'accompagnant de nausées, légère diarrhée et quelques vomissements.

A vingt et un ans, un nouveau symptôme morbide s'ajouta aux précédents : aux vomissements d'aliments ou de matière glaireuse, de mucus, de pituite, qui se faisaient le matin au moment des douleurs lombaires, s'ajoutèrent des vomissements de sang, qui se répétaient deux ou trois jours et ne se reproduisaient qu'après deux ou trois mois. Quelquefois le sang était d'abord noir, puis il devenait rouge et mélangé d'une quantité plus ou moins considérable de mucus. A partir de la même époque, l'hypogastrique s'enflait toujours à ces périodes, pour se désenfler quelques jours après; mais ensuite il resta volumineux, et l'on continua, dès ce moment, de sentir constam-

ment au-dessus du pubis une tumeur un peu moins forte que le poing, qui augmentait à chacune des périodes dont nous parlons, et diminuait ensuite peu à peu pour conserver, au bout de huit jours, son volume habituel. Il était impossible de ne pas voir dans cette tuméfaction hypogastrique un phénomène de rétention menstruelle et, dans l'hématémèse ou vomissement de sang, un symptôme de menstruation supplémentaire.

Lorsque la malade fut conduite chez M. Courty, à l'âge de vingt-sept ans, elle avait beaucoup maigri ; les vomissements étaient réguliers, revenant à peu près tous les mois ; l'hypogastre sensiblement tuméfié ; douloureux au toucher ; des ecchymoses quelquefois volumineuses, roulant sous le doigt, se montraient certains mois sous la peau, surtout aux cuisses, aux aines, à l'hypogastre, et jusqu'aux mollets.

L'examen au spéculum fit constater, outre la présence de l'hymen, l'étroitesse du vagin à rides très prononcées et l'élévation de l'utérus, dont le col ne fut découvert qu'à l'extrémité d'un long et très étroit spéculum de Fergusson. Ce col, petit, conique, présentait au milieu une dépression linéaire, au milieu de laquelle était l'apparence d'un point ou plutôt d'un trou, mais totalement imperforé, que la sonde utérine ne pouvait pénétrer. Les mouvements imprimés par la palpation à la tumeur hypogastrique se transmettaient directement au col; il n'y avait donc aucun doute à émettre sur la nature de cette tumeur. Aussi, M. Courty fit-il aussitôt une ponction sur la dépression postérieure du col à l'aide d'un fin trocart, et, l'instrument ayant pénétré, à n'en pas douter, dans la cavité utérine, on en fait sortir par expression, goutte à goutte, un liquide visqueux, sanguinolent, tantôt noirâtre, tantôt rouge brun, évidemment le sang depuis longtemps retenu dans l'utérus. Cet écoulement goutte à goutte dura pendant douze ou quinze jours, deux injections vaginales détersives au phénol étant faites tous les jours pendant tout ce temps. Pendant ce temps, la tumeur hypogastrique avait peu à peu diminué, au point d'être inappréciable, et la malade, qui avait gardé le lit tout ce temps, n'avait éprouvé aucun accident.

Le cathétérisme ayant démontré alors que la paroi du col était amincie et que l'orifice produit par la ponction conduisait immédiatement dans une cavité assez large communiquant très aisément avec la cavité encore plus large de l'utérus, M. Courty attira à lui le col à l'aide des pinces-érignes divergentes introduites dans l'orifice dû à la ponction ; il pratiqua avec le bistouri caché deux débridements de 1 centimètre chacun, un à droite, un à gauche, et tous les jours il eut soin d'en entretenir les lèvres séparées par le cathétérisme. La malade n'ayant pas quitté le lit et étant surveillée de près, le tamponnement fut exceptionnellement négligé.

Depuis lors, les règles sont venues tous les mois, sans douleurs ; tous les symptômes fâcheux ont disparu et peu à peu la santé est revenue. Mlle J... ne s'est pas mariée, mais tout fait présumer qu'elle serait apte à la fécondation.

Suivant donc les complications de structure que présentera le pourtour pour la constitution de cet orifice, on aura recours au simple débridement, ou au débridement bilatéral ou multiple à la dilatation brusque, à la dilatation lente par les éponges préparées, et même, si cela devenait nécessaire, à la constitution des commissures par l'opération autoplastique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 12 janvier 1883. — Présidence de M. Hanot.

DYSTOCIE PAR CLOISONNEMENT TRANSVERSAL DU COL ;

par M. Bucquet, interne provisoire.

La nommée M..., Clémentine, âgée de 38 ans, entrée le 11 avril 1882, salle Saint-Ferdinand, lit n° 10, à l'hôpital Saint-Louis, service d'accouchements.

Cette femme a eu un premier enfant il y a dix-neuf ans. Depuis ce

premier accouchement, qui a été très heureux, elle n'a pas eu d'autre grossesse, jusqu'au mois de juillet 1881, où elle devint enceinte de nouveau. Etant à terme dans les premiers jours d'avril, elle entra chez une sage-femme. Là, le dimanche 9 avril perte très considérable, à la suite de laquelle un médecin appelé diagnostiqua une implantation vicieuse du placenta, et fit transporter la malade à l'hôpital Saint-Louis, après avoir introduit trois tampons de charpie.

A l'arrivée de cette femme à l'hôpital Saint-Louis, le mardi 11 avril au matin, on constate que le ventre est très volumineux et très dur, ce qui rend l'exploration par le palper abdominal à peu près inutile. A la vulve, il y a un écoulement séro-sanguinolent déjà fétide. L'auscultation de l'abdomen ne permet pas d'entendre les battements du cœur du fœtus. Par le toucher vaginal, on pénètre dans le col utérin dont l'orifice est à peine dilaté comme une pièce de quarante sous, mais on ne peut arriver sur aucune partie fœtale. L'état de la malade s'étant aggravé dans la soirée sans que le travail soit plus avancé, M. Guéniot, appelé, avec MM. Berger et Champetier de Ribes, trouve l'orifice du col utérin plus largement dilaté. Le doigt s'engage dans un canal long de 5 à 6 centimètres, recourbé en avant, derrière la symphise du pubis, au delà duquel il est arrêté par une surface élastique. Ce n'est qu'en passant tout à fait en avant derrière la symphise du pubis que le doigt s'engage dans un orifice virtuel jusqu'alors et qui est ainsi progressivement dilaté. M. Guéniot débride alors la bride musculo-membraneuse qui ferme cet orifice, avec des ciseaux courbes, et au-dessus il rencontre le placenta inséré centralement sur l'orifice. Le placenta est perforé à son tour avec les ciseaux, et la main pénètre dans l'utérus pour y rencontrer une partie fœtale, qui est reconnue pour la main gauche.

Le fœtus est donc en présentation de l'épaule gauche, le dos en avant. Après plusieurs tentatives pour faire la version, l'état de la malade devient assez grave pour que l'on soit obligé de renoncer à toute nouvelle manœuvre.

La mort arrive en effet trois heures plus tard, vers cinq heures du matin, sans qu'on eût pu terminer l'accouchement.

Autopsie, faite le mercredi 12 avril, à 5 heures du soir, douze heures après la mort. — On enlève l'utérus tout d'une pièce avec ses annexes. Puis après l'avoir fendu sur la ligne médiane de haut en bas par sa face antérieure, on enlève le fœtus qui était en présentation de l'épaule gauche, le dos en avant, la main gauche passée

par l'orifice du col. Fœtus mâle, très volumineux pesant 3 kilog. 500 gr., macéré et infiltré. On fend, en dernier lieu, le vagin et le col de l'utérus par la face antérieure. Le canal cervical est largement dilaté dans sa partie inférieure.

A une distance de 10 centimètres environ de l'orifice inférieur du col, se trouve un diaphragme musculo-membraneux, paraissant de nature cicatricielle. Ce diaphragme a la forme d'une valvule demi-lunaire attachée à la face postérieure de la cavité utérine, qui obturait pendant la vie à peu près complètement l'orifice supérieur du col utérin. L'épaisseur de cette valvule n'est pas très considérable. Sa plus grande hauteur atteint 4 à 5 centimètres.

Sa partie droite est intacte. Sur sa partie gauche se trouve une déchirure, résultant du débridement opéré avec les ciseaux courbes.

Sur la face supérieure de cette valvule venait s'insérer le placenta, qui recouvrait ainsi l'orifice supérieur du col, en même temps qu'il s'insérait pour sa plus grande partie sur la paroi postérieure de l'utérus. Ce placenta était décollé en partie vers son bord gauche. Dans sa partie médiane correspondant au diaphragme musculo-membraneux, il était largement perforé par les ciseaux courbes. C'était par cet orifice artificiel qu'on avait pu arriver sur les parties fœtales et diagnostiquer la présentation.

Reflexions. — Il s'agissait donc ici d'un cas de dystocie dans lequel l'insertion vicieuse du placenta jointe à la présence de cette valvule membraneuse jetée au-dessus de l'orifice supérieur du col avait joué le principal rôle.

Quant à l'origine de cette valvule musculo-membraneuse, il est difficile de l'expliquer. Il ne s'agit point là d'une malformation congénitale du col, puisque cette femme était accouchée heureusement 19 ans auparavant.

La forme de cette valvule ne permettait pas de penser qu'on eût affaire ici à une tumeur fibreuse. On ne peut guère l'expliquer que par un travail cicatriciel consécutif à une lésion due à l'accouchement précédent — ou peut-être à une affection moins ancienne. — Sur ce point, les renseignements nous manquent entièrement.

SOCIÉTE DE BIOLOGIE.

Séance du 27 janvier 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

Contractilité utérine sous l'influence des courants électriques.

M. Onimus, à l'occasion des communications faites dans les séances précédentes par M. Dembo (voyez *Gazette des hopitaux*, 9 janvier 1883), rappelle les recherches qu'il a faites sur le même sujet. Il prétend et maintient que, chez la femme, l'utérus vide n'est guère contractile par les courants électriques ni par d'autres agents; qu'à l'état gravide, il peut devenir plus excitable, mais bien difficilement; et enfin que les courants électriques n'ont guère d'action que lorsque, pour une cause quelconque, les contractions physiologiques ont commencé. M. Dembo ne base ses conclusions que sur des expériences faites sur des lapines. Il prétend que l'utérus non gravide est très contractile; M. Onimus est de son avis s'il s'agit d'animaux chez lesquels l'utérus est un organe des plus actifs et surtout si on expérimente sur des animaux jeunes. Il n'en est déjà plus de même chez la chienne et à plus forte raison chez la femme. M. Dembo prétend aussi que l'agent thermique est plus actif que l'agent électrique, se basant sur ce que l'utérus d'une lapine en voie de délivrance étant extirpé et plongé dans un bain à 40°, le travail de la délivrance a été accéléré, tandis que, dans les mêmes conditions, il ne l'est pas par les courants électriques. Mais, selon M. Onimus, alors même qu'on n'aurait pas plongé cet utérus dans de l'eau à 40°, le seul fait de l'agonie et de l'arrêt brusque de la circulation aurait ramné des contractions.

M. Onimus croit, avec M. Dembo, que les courants électriques ne peuvent pas provoquer d'accouchement prématuré chez les lapines. Si chez la femme on réussit parfois dans ces cas, c'est que les contractions physiologiques ont déjà commencé. D'ailleurs l'introduction d'un réophore dans le col agit déjà comme corps étranger. En résumé, si l'on veut s'appuyer sur les faits physiologiques pour cette étude clinique, on ne peut le faire qu'en entreprenant des expériences sur les animaux élevés, sur la chienne tout au moins. Enfin M. Onimus préfère les courants continus aux courants induits, l'action des premiers étant plus considérable.

En résumé, maintient M. Onimus, la matrice est influencée par les courants électriques à l'état ordinaire ; elle l'est plus facilement à l'état gravide. Les courants continus ont une action plus manifeste ; leur maximum d'action a lieu lorsque, pour une cause quelconque, il y a un commencement de contraction dite spontanée.

M. de Sinéty fait observer qu'une excitation portée sur le col par la présence seule d'un hystéromètre peut déterminer des contractions spontanées de l'utérus, à l'état de vacuité.

M. Onimus croit que la contractilité de l'utérus à l'état de vacuité est extrêmement faible, mais qu'elle est augmentée par un état de congestion ou d'inflammation de l'organe.

M. Dumontpallier rappelle que la présence d'un corps fibreux, la présence d'une tige de laminaire ou simplement d'un hystéromètre, peuvent déterminer des contractions utérines et que, conséquemment, il est impossible de nier la contractilité de l'utérus à l'état de vacuité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

Présentation d'instruments

Pessaire sigmoïde élastique.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom du docteur P. Ménière (d'Angers), un nouveau pessaire (sigmoïde élastique) construit sur ses indications, par M. Galante.

Cet instrument, qui rappelle par la forme le pessaire rigide de Hodge et par l'élasticité ceux de Mieg et de Dumontpallier, se compose de deux arcs élastiques de même rayon réunis par deux branches parallèles sous deux angles égaux. Le squelette métallique, tout en ressort de montre, est recouvert d'une couche de caoutchouc dont le diamètre varie de 6 à 8 millimètres seulement.

M. Ménière a appliqué une trentaine de ses nouveaux pessaires chez des femmes atteintes de rétroversion utérine, de rétroflexion, d'abaissement, de rectocèle, et en retournant l'instrument, dans des cas d'antéflexion et de cystocèle, et il a pu constater, après deux années d'observations, que son pessaire réunissait tous les avantages

des deux sortes de pessaire le plus généralement employées, sans en avoir aucun des inconvénients.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 février 1883.— Présidence de M. Guéniot.

M. Polaillon, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Périer et Delens, lit un rapport sur deux observations adressées par M. le docteur Mouchez (de Sens).

La deuxième observation de M. Mouchez est relative à un cas d'expulsion spontanée d'un volumineux calcul de la vessie à travers la paroi uréthro-vaginale.

Le sujet, vieille femme de 72 ans, éprouvait depuis quelque temps de violentes douleurs en urinant, et expulsait parfois du sang avec les urines. Un médecin consulté, ayant pratiqué le toucher vaginal et trouvant dans le vagin une tumeur volumineuse, avait diagnostiqué une affection cancéreuse et avait cru devoir faire part à la famille de son fâcheux diagnostic. Cependant les douleurs éprouvées pendant la miction allaient toujours augmentant et elles étaient devenues intolérables. Un jour la malade, en portant le doigt dans le vagin, sentit, dit-elle, un corps qui avait la dureté d'un os et tout à coup, à la suite d'un effort, elle vit sortir du vagin un corps volumineux qui tomba par terre. Elle fut immédiatement soulagée de ses douleurs après l'expulsion de ce calcul, qui pesait 140 grammes et mesurait 7 centimètres de long sur 5 de large et 6 de haut. M. Mouchez n'a vu la malade qu'après l'expulsion du calcul; elle avait une fistule uréthro-vaginale; mais l'auteur ne dit pas ce que cette fistule est devenue, détail qu'il serait important de connaître. Il est probable qu'il s'agissait là d'un calcul arrêté et emboîté au niveau du col de la vessie et qui a fini par se faire jour à travers la paroi uréthro-vaginale.

M. Verneuil a eu l'occasion d'observer, il y a peu de temps, deux cas de fistule uréthro-vaginale causée par un calcul.

La première malade est une femme du Havre que M. Verneuil avait opérée, il y a dix ans, à l'hôpital Lariboisière, d'une fistule vésico-vaginale dont elle était parfaitement guérie. Sept ans après elle revint consulter M. Verneuil, disant que sa fistule s'était repro-

duite. En pratiquant le toucher, M. Verneuil fut surpris de rencontrer sur la paroi antérieure du vagin une saillie dure au niveau de laquelle existait une fistule uréthro-vaginale. L'introduction d'un stylet lui montra que cette saillie dure n'était autre chose qu'un calcul. M. Verneuil se proposait d'agrandir l'ouverture fistuleuse au moyen d'une incision, d'extraire le calcul et de faire ensuite la suture, lorsque, deux jours après, le calcul fut expulsé spontanément. Il avait le volume d'une grosse olive très régulière et terminée en pointe.

M. Verneuil espérait que cette perforation spontanée guérirait facilement par l'opération de la fistule uréthro-vaginale. Il fit la suture, mais il eut un échec complet. Le canal de l'urèthre se coupa en deux sur une sonde de Sims, en aluminium, très légère, mise à demeure. M. Verneuil tenta à plusieurs reprises de fermer la fistule en taillant des lambeaux et refaisant la suture. Une fois il crut toucher au but; mais, au moment où il ne restait plus qu'une petite fistulette insignifiante, un second calcul vint malencontreusement s'y engager et tout détruire. Bref, M. Verneuil se vit forcé de renvoyer sa malade non guérie : elle n'avait plus d'urèthre, tout le canal ayant été consommé dans les diverses tentatives faites pour la guérison de la fistule.

L'an dernier, M. Verneuil vit arriver à sa consultation une malade venue des environs de Soissons, où elle était traitée pour une affection soi-disant incurable de la matrice et des parties génitales. Un médecin examina la malade et porta le diagnostic de fistule vésico-vaginale. Cette fistule avait été créée par un calcul. En l'examinant, M. Verneuil vit suinter l'urine par la paroi antérieure du vagin, et l'introduction d'un stylet lui permit de constater la présence du calcul. La paroi vésico-vaginale s'était perforée elle-même sur une aspérité du calcul.

M. Verneuil pratiqua la taille vésico-vaginale et fit l'extraction d'un calcul du volume d'un petit œuf de poule. Après avoir ouvert la vessie, il essaya de faire la suture. Mais la vessie, revenue sur elle-même, n'avait plus en étendue que la capacité remplie exactement par le volume du calcul; la suture échoua; une deuxième opération échoua pareillement par la difficulté de maintenir une sonde à demeure dans une vessie à parois épaisses et rendues absolument inextensibles par suite d'une inflammation chronique.

M. Verneuil ne pense pas que ces échecs, répétés trois fois sur

l'une, deux fois sur l'autre de ces malades, puissent être imputés à la maladresse de l'opérateur, car il croit avoir acquis une certaine habitude de l'opération de la fistule vésico-vaginale. Depuis vingt-cinq ans, il n'y a pas d'année où il n'ait à pratiquer cette opération, et il en est arrivé, aujourd'hui, au chiffre de 130 à 140.

M. Berger a eu l'occasion d'observer une perforation vésico-vaginale produite par un calcul, dans des conditions un peu différentes de celles qui ont été indiquées dans les précédentes observations.

Il s'agit d'une femme entrée dans le service de Broca pour y être opérée d'un calcul vésical. Broca fit la taille uréthrale à l'aide du lithotome double, et, arrivé jusqu'à la vessie, il constata que le calcul s'était formé autour d'un corps étranger, une épingle à cheveux. Pendant l'extraction, l'extrémité de l'épingle vint perforer le cul-de-sac vésical. La malade quitta l'hôpital quelque temps après.

Au bout de quelques années, elle vint trouver M. Berger à l'hôpital de Lourcine, lui demandant de la débarrasser d'une incontinence d'urine dont elle était, disait-elle, affligée depuis l'opération.

M. Berger constata qu'elle n'avait presque plus de canal de l'urèthre ni de sphincter vésical. En obturant l'orifice de l'urèthre, on s'apercevait qu'il s'écoulait de l'urine dans le vagin. M. Berger découvrit une petite perforation, de l'étendue d'une lentille, qui laissait passer la presque totalité de l'urine.

Il y avait donc là une perforation de la paroi vésico-vaginale, produite par un corps étranger dont l'extraction avait donné lieu à une fistule vésico-vaginale persistant depuis plusieurs années.

La malade, après une seule opération, a été complètement guérie, sauf un peu d'incontinence d'urine due à la lésion de l'urèthre Quand elle a quitté l'hôpital, elle pouvait conserver la plus grande partie de ses urines. Il faut remarquer que, dans ce cas, la vessie n'avait été ni ulcérée, ni amincie par une perforation spontanée.

M. Polaillon, d'après le désir exprimé par plusieurs de ses collègues, écrira à M. le docteur Mouchez afin de savoir de lui ce qu'est devenue la fistule uréthro-vaginale de sa malade. M. le rapporteur conclut en proposant de publier dans les *Bulletins* les deux observations de M. Mouchez. (Adopté.)

Séance du 14 février 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. Polaillon conformément au désir exprimé par M. Verneuil dans

la dernière séance, a écrit à M. le docteur Mouchez (de Sens), pour avoir des nouvelles de la malade à la fistule uréthro-vaginale consécutive à l'expulsion spontanée d'un calcul vésical. M. Mouchez a répondu que cette femme, âgée de 72 ans, s'est refusée absolument à toute opération ; elle préfère garder sa fistule, qui, du reste, a beaucoup diminué d'étendue depuis l'expulsion du calcul. Elle ne perd plus, par l'orifice fistuleux, que le tiers environ des urines de vingt-quatre heures, les deux autres tiers passent par le canal de l'urèthre.

M. Polaillon a reçu également, de M. Mouchez, des nouvelles de son autre malade, de celui qui a subi, il y a six mois, l'élongation du nerf dentaire inférieur pour une névralgie rebelle.

M. Marc Sée dit qu'il a eu l'occasion de pratiquer l'opération de la fistule uréthro-vaginale chez deux jeunes femmes, atteintes de cette fistule à la suite de l'accouchement. C'est en vain qu'il a tenté à plusieurs reprises de faire la suture des bords de l'ouverture fistuleuse, il a éprouvé un échec complet, comme ceux de ses collègues qui ont pratiqué la même opération dans des cas analogues. La fistule uréthro-vaginale est donc, à son avis, une affection des plus rebelles, des plus difficiles à guérir, et M. Sée serait désireux de savoir si quelqu'un de ses collègues aurait à communiquer quelque cas de guérison.

Personne ne répond à l'appel de M. Marc Sée.

REVUE DE LA PRESSE

DE L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES SINUS UTÉRINS.

Le docteur Kenyon a rapporté, dans le *San Francisco Western lancet*, un cas d'accouchement suivi d'un accident tout à fait particulier qui se termina par la mort. Dix minutes après l'extraction du placenta et alors que l'utérus était fortement contracté, la femme, qui est âgée de vingt-six ans, robuste, et dans sa troisième parturition, se plaignit d'une douleur dans la région du cœur, en même temps que d'une difficulté pour respirer. Le pouls battait 140 fois par minute, mais tomba bientôt à 120 ; et il continua à battre avec cette rapidité jusqu'à la mort. Les joues devinrent tout d'abord d'un rouge écarlate, mais cela disparut dans l'après-midi. La tempéra-

ture, d'abord normale, monta graduellement à 103° F. Le tympanisme de l'abdomen apparut, mais sans douleur, et en même temps que les vomissements et la constipation s'accrurent jusqu'à la mort, qui survint huit heures après l'accouchement.

L'auteur était embarrassé pour expliquer et ces symptômes étranges et la cause de la mort. Quoique la seconde partie du travail n'ait duré que quelques minutes et fut achevée en deux douleurs, dont l'une dura trois minutes et fut très énergique, il ne put admettre qu'une rupture de l'utérus se fût faite ; l'enfant était expulsé normalement, le placenta sortait sans difficulté et le flux normal continuait à couler. Il excluait également l'idée de choc, mais il inclinait à penser que de l'air était entré dans des sinus utérins, déterminant un embarras de la circulation pulmonaire et l'asphyxie mortelle.

Celui qui rapporte ce cas n'a pas fait mention de la possibilité de l'existence d'une embolie pulmonaire survenant par thrombose des veines de l'utérus ou des parties voisines. Ce caillot peut occuper une autre place, mais généralement il siège dans les veines fémorales, pelviennes ou utérines. Peut être le siège le plus fréquent est-il le point d'union du placenta et de l'utérus. Une légère hémorrhagie se fait par suite du décollement partiel du placenta et le sinus utérin est bouché par un caillot qui s'étend vers le cœur. Pendant les efforts très violents de l'utérus les caillots sont chassés et s'arrêtent d'abord dans les artères pulmonaires dont le calibre est décroissant ; là ils embarrassent, obstruent et entravent la circulation du sang à travers les poumons, selon leur grosseur et leur nombre.

Il est possible que l'air entre dans les sinus utérins et gêne la circulation pulmonaire de la même façon avec une embolie aérienne, mais on dit cette condition très rare et seulement possible quand la pression abdominale diminue très fort ou cesse ; il est bien difficile d'admettre que dans ce cas les conditions existassent. (*The obstetric Gazette*, Cincinnati, february 1882.)

Ad. Olivier.

ÉPITHÉLIOME DU COL UTÉRIN.

Ablation à l'aide de l'écraseur linéaire. — Guérison.

Par le docteur Paul Fournaise.

Nous publions, dans ses points principaux, en raison de l'intérêt qu'il présente, et avec l'assentiment de l'auteur, l'article suivant extrait de la *Gazette hebdomadaire.*

L'épithéliome du col utérin est l'une des espèces les plus communes de l'affection carcinomateuse.

On en distingue deux variétés : l'une, formée de cellules cylindriques, paraît prendre naissance dans les glandes de la muqueuse intra-cervicale ; l'autre, composée de cellules pavimenteuses, se développe sur la muqueuse extra-cervicale ou du museau de tanche.

D'après M. Alph. Guérin, l'épithéliome du col est toujours une maladie primitivement locale et, comme telle, susceptible de guérir. Il ne devient dangereux que lorsqu'il a envahi le corps de l'utérus ou les organes voisins.

Si les essais de guérison des tumeurs épithéliales sont assez nombreux, les succès sont loin d'être la règle. Ce n'est pas que les moyens d'action fassent défaut, mais la plupart des femmes ne réclament le secours du chirurgien qu'à une époque fort avancée de la maladie. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur épithéliale du col de l'utérus, la seule chance de salut réside évidemment dans l'ablation ou amputation du néoplasme.

Cette opération, telle qu'on la pratiquait autrefois par excision, n'a guère donné d'heureux résultats. Nos chirurgiens modernes avec le galvano-cautère ou l'écraseur ont été plus heureux.

L'observation ci-dessous montrera que, dans le traitement de cette maladie, le succès dépend peut-être moins du mode opératoire que de la limitation de la tumeur et d'une intervention faite en temps utile :

Obs. — Le 17 janvier 1880, je fus appelé auprès de Mme X..., qui se disait atteinte de fièvre continue.

Agée de trente-neuf ans, cette dame n'a pas connu sa famille paternelle, sa mère serait morte à cinquante-sept ans, phtysique. Sa grand'mère maternelle aurait succombé aux suites d'une maladie du foie, à cinquante-huit ans. Elle n'a pas de parents collatéraux. Douée

d'une bonne constitution et d'une conformation régulière, sa menstruation s'établit à l'âge de quinze ans, sans difficulté. Mariée à seize ans, elle quitta la France peu de temps après, pour se fixer avec son mari en Angleterre, où elle demeura dix ans. Elle n'a jamais eu à se plaindre des conditions matérielles de la vie. Une bonne santé habituelle, un caractère aimable et gai, allié à un esprit distingué et très ouvert, indiquent un organisme équilibré. Mme X... eut trois enfants. Le premier, né en 1860, était un garçon, qui mourut des suites du croup, à l'âge de trois mois. Le second, une fille, née en 1871, n'a pas vécu. Quant au troisième, un garçon, né en 1877, il n'eut que quelques mois de vie. Ses accouchements ont été simples et faciles, toutefois le dernier a nécessité l'administration du seigle ergoté.

Au commencement de 1879, Mme X... perdit du sang dans l'intervalle des règles; celles-ci n'étaient pas dérangées, mais seulement caractérisées par un flux sanguin plus abondant. Cet état se prolongea jusqu'au mois de mars, époque à laquelle ladite dame, inquiète à juste titre, consulta son médecin. A la suite d'un examen à l'aide du spéculum, le praticien fit une cautérisation du col au nitrate d'argent et appliqua dans le vagin un bourdonnet de charpie, recouvert de linge fin, enduit d'une pommade et saupoudré de benjoin. La patiente devait subir cette cautérisation deux fois par semaine et garder le repos pendant un mois et demi.

Aucun traitement ne fut suivi pendant ce laps de temps, puis les mêmes cautérisations et pansements furent recommencés et continués deux fois par semaine environ, pendant un mois. On leur ajouta des injections journalières d'eau de goudron. En juillet, il survint une métrorrhagie, à la suite de laquelle on fit de nouvelles cautérisations, plus douloureuses cette fois que les précédentes.

La situation était loin de devenir meilleure, les pertes sanguines s'accentuaient et se montraient surtout au moment des garde-robes, qui n'avaient lieu que tous les deux jours. Une gastralgie continue s'ajoutait à un état général de souffrance, en même temps que l'anémie et la débilité se prononçaient.

Dans ces fâcheuses conditions, Mme X... gagna le mois de novembre. Par suite de son peu de résistance à l'action du froid, elle fut prise d'une bronchite généralisée qui dura jusqu'au commencement de l'année 1880. Un autre médecin lui donna des soins du 2 au 17 janvier; il ne fit pas de diagnostic.

Lors de ma première visite, je trouvai la malade dans les conditions suivantes : anémie et débilité très accusées, décoloration générale de la peau et des muqueuses, teinte jaune paille, émaciation et faciès utérin ; l'auscultation du cœur indique un bruit de souffle au premier temps et des battements faibles. Pouls à 84. Du côté de la poitrine j'entends seulement quelques râles muqueux. Les fonctions digestives laissent beaucoup à désirer. La langue est blanche, saburrale, l'anorexie presque complète ; une dyspepsie gazeuse et des accès fréquents de gastralgie coïncident avec une constipation persistante. J'arrive à l'examen de l'appareil génital et parviens sans difficulté à en constituer la sémiotique.

Il existe un catarrhe vaginal abondant composé d'une sorte de sanie mucosopurulente, mélangée de sang et exhalant une odeur pénétrante très fétide. A 5 centimètres environ de la vulve, le doigt tombe sur une tumeur délimitable, donnant au toucher une sensation granulo-rugueuse comparable à celle d'un chou-fleur. La tumeur est légèrement friable en quelques points et laisse échapper, sous une pression modérée, une certaine quantité de sang. En cherchant avec précaution, je ne puis découvrir l'orifice du col, celui-ci paraissant envahi en entier par le néoplasme, mais en portant le doigt en arrière, je sens un sillon transversal qui paraît correspondre à la limite du mal. La tumeur est vraisemblablement due à la prolifération des éléments anatomiques du museau de tanche. Examinant ensuite la région à l'aide du spéculum de Cusco, je ne pus ni découvrir l'orifice utérin, ni même embrasser avec les valves la tumeur, qui était d'un rouge framboisé, granuleuse et abondamment saignante. Dès lors, le cas était jugé et mon diagnostic fut celui-ci : épithéliome végétant du col utérin, *cauliflower excrescens* des Anglais.

J'informai sur le champ Mme X... de l'étendue et de la gravité de son mal, en me prononçant pour une intervention chirurgicale très prochaine. Je lui proposai de prendre l'avis d'un chirurgien des hôpitaux et priai M. le docteur Marchand de mettre son habileté opératoire bien connue au service de cette intéressante malade.

Quelques jours plus tard, M. Marchand examina Mme X... Il confirma mon diagnostic, mais ne fut pas immédiatement d'avis, d'entreprendre l'opération, quelque indiquée qu'elle pût être. D'ailleurs, une complication venait de surgir : l'engorgement douloureux des ganglions inguinaux du côté gauche.

Le repos absolu au lit, quelques onctions de pommade hydrargy-

rique belladonée et l'application de cataplasmes de farine de graine de lin amenèrent une rémission des phénomènes inflammatoires. Sur mes instances, M. Marchand recommença très soigneusement avec moi l'examen de cette malade, et l'opération, jugée possible, fut décidée et fixée au 3 mars.

La patiente est placée dans une situation convenable sur le bord d'un lit; deux aides soutiennent les cuisses, un autre donne du chloroforme. Armé de pinces de Museux, M. Marchand saisit la tumeur et l'amène avec précaution à la vulve; il l'enlace à l'aide d'une chaîne d'écraseur, de façon à l'enlever en totalité, tout en évitant de léser les organes voisins. Après une manœuvre d'environ vingt minutes, le corps du délit était entre nos mains. Des irrigations d'eau froide, à travers un spéculum de bois, furent faites immédiatement sur le moignon utérin en vue de dissiper la contusion; le lendemain et les jours suivants, on fit des injections intra-vaginales d'eau phéniquée au 40/1000. L'opérée prit une pilule d'extrait thébaïque de 0gr.02 toutes les deux heures. La fièvre qui suivit l'opération fut peu intense et ne dépassa pas huit jours. Après dix-sept jours de repos au lit, Mme X... commença à se lever et à marcher quelque peu dans sa chambre.

Vers la fin du mois d'avril, nous fîmes l'examen de l'utérus amputé. La cicatrisation était complète; toutefois, on voyait dans l'infundibulum central la muqueuse utérine d'un rouge violacé et bourgeonnante. Je réprimai les bourgeons charnus le 2 mai, à l'aide du caustique de Filhos. Quelques jours plus tard, Mme X... partit pour le Jura, où elle passa trois mois et demi, ne ressentant autre chose que quelques douleurs fugaces dans la fosse illiaque gauche. Elle revint à Paris et reprit son emploi dans une maison de commerce, le 15 septembre. Depuis ce moment, elle n'a eu à surmonter que deux ou trois affections bénignes des voies respiratoires. La menstruation se fit très régulièrement.

Structure de la tumeur. — On reconnaît à l'œil nu une masse de la grosseur d'une orange mandarine, sur laquelle on distingue très bien les deux lèvres hypertrophiées du museau de tanche. La surface extérieure est rouge, villeuse, granuleuse, assez vasculaire et ramollie en quelques points. Sur la surface de section cervico-utérine, on distingue des fibres musculaires du corps de l'utérus non altéré. Une section faite dans le sens antéro-postérieur montre un tissu ayant l'aspect et la consistance du carcinome encéphaloïde. Le grattage

de l'une des faces ne donne que très peu de suc blanchâtre et quelques grumeaux mal liés.

Après une très longue macération dans l'alcool, cette tumeur pesait encore 26 grammes. Mon ami M. Troisier, professeur agrégé, a bien voulu en faire l'examen histologique dans le laboratoire de M. Vulpian. Il lui a trouvé tous les caractères de l'épithéliome cylindrique.

Réflexions. — Examinée tout récemment au spéculum, la région qui a été le siège de l'opération n'a rien révelé de particulier; le moignon utérin infundibuliforme et radié laisse voir, à son centre, une sorte de grosse papille d'un rouge vif qui n'est autre qu'une hernie légère de la muqueuse intra-utérine. L'état général excellent, après une opération datant de *deux ans*, permet au moins de penser que la guérison se maintiendra pendant de longues années.

Ainsi, voilà une femme dont l'utérus s'altérait sans cause bien apparente. Les conditions d'âge et de multiparité exceptées, la constitution, la diathèse, l'hérédité, le genre de vie, les influences étrangères, etc., ne nous fournissent aucun élément étiologique. Après les tentatives infructueuses de deux praticiens, j'entre en scène à mon tour, découvre le mal et prévois le danger. Mon diagnostic une fois confirmé par un confrère autorisé, fallait-il ou non opérer ? L'opération était-elle conforme aux principes de la chirurgie ? Un second examen très attentif ayant permis de constater que la tumeur était limitable et paraissait limitée; que les attaches vaginales, le vagin, la vessie, le rectum et la face postéro-inférieure de l'utérus, accessible au doigt, étaient indemnes de la dégénérescence; nous pensâmes d'un commun accord que la guérison pouvait être tentée. Deux sortes d'agents étaient à notre disposition : les caustiques et les instruments.

Les caustiques, n'ayant jamais donné que des résultats mauvais ou incomplets, furent écartés *de plano*.

Parmi les instruments, nous avions à choisir entre : le *bistouri*, le *couteau* et les *ciseaux de Sims*, le *cautère actuel*, le *thermocautère*, le *serre-nœud à anse métallique*, l'*écraseur linéaire galvano-cautère*.

Les deux derniers devaient appeler plus particulièrement notre attention. L'anse galvanique paraît être en faveur auprès de certains chirurgiens à cause de son action presque instantanée; mais les plaies qu'elle laisse guérissent très lentement, et puis son emploi ne saurait être généralisé, car l'on n'a pas toujours sous la main un appareil à galvanocaustie, lequel est encombrant et d'un transport incommode. L'écraseur nous a paru devoir lui être préféré dans le cas actuel;

manié avec dextérité, cet instrument donne d'aussi bons résultats que le précédent, et les plaies consécutives à son application se cicatrisent avec une plus grande rapidité. Le succès qu'il nous a procuré n'est certainement pas de nature à en infirmer l'usage.

En ce qui touche l'abaissement de l'utérus à la vulve, les avis sont partagés. Quelques auteurs pensent qu'il faut enlacer la tumeur du fond du vagin, à l'aide de l'anse de platine ou de la chaîne de l'écraseur, afin d'éviter la lésion des attaches vaginales ; d'autres estiment que, loin de présenter des inconvénients, l'abaissement dudit organe permet de bien juger de l'étendue de la néoplasie et de la mieux circonscrire. Le fait de Bœckel et le nôtre peuvent servir à la défense de cette dernière opinion.

(*Le Conseiller médical*).

DÉVELOPPEMENT DE TUMEURS MALIGNES AUX DÉPENS DE TUMEURS BÉNIGNES,

Par MASLOVSKY.

La possibilité de la transformation de certaines tumeurs d'apparence bénigne en néoplasmes envahissants a déjà été signalée en 1873 par Duncan, puis par Klebs, Briesky et Veit. L'auteur a eu l'occasion d'en étudier deux cas à la clinique de Slavjansky de Saint-Pétersbourg.

1° La femme M... meurt à l'âge de soixante-dix-huit ans, avec des métrorrhagies, des pertes fétides et tous les signes locaux d'un cancer qui se présentait sous forme de tumeurs dures attachées à l'utérus au voisinage du ligament large A l'autopsie, on trouve de nombreux corps fibreux dans l'épaisseur des parois utérines, et vers le fond de l'organe, une tumeur spongieuse, ulcérée, à bords mal définis. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un adénome à cellules cylindriques envoyant des prolongements cellulaires dans le tissu conjonctif voisin. Dans certaines glandes, la couche des cellules était unique: la plupart renfermaient des amas irréguliers de cellules, débordant de tous côtés leur cavité.

2° Femme de 59 ans, mère de 6 enfants. A 40 ans, métrorrhagie provenant d'un polype fibreux qui est enlevé. Les pertes continuent malgré cela avec moins d'intensité, pendant l'année 1880. En 1881, le doigt, introduit dans le col, perçoit une petite tumeur molle dans le canal cervical, lequel est induré et comme infiltré. En février, la

tumeur fait des progrès, se pédiculise et est opérée : la malade en éprouve un soulagement notable. Au mois d'avril, on découvre un nouveau polype pédiculé semblable au premier. En même temps, apparaissent des signes de généralisation cancéreuse et de l'ictère. Histologiquement, il s'agissait encore d'un adénome à épithélium cylindrique, mais tandis que dans les cas précédents les cellules étaient multiformes, là, elles avaient une morphologie uniforme. Du reste, elles infiltraient le stroma conjonctif comme chez la malade de l'observation 1. Cette structure est semblable à celle décrite par Klebs dans le gros intestin sous le nom d'épithélioma cylindro-cellulaire.

Voilà donc deux cas de tumeurs généralisées et envahissantes développées sur des adénomes qui passent pour bénins. Ceux-ci ne le sont que quand les glandes hyperplasiées qui les constituent sont entourées par une membrane kystique et tapissée régulièrement d'une couche épithéliale : lorsque l'épithélium s'infiltre dans le stroma lymphatique et conjonctif voisin, la néoplasie devient maligne à l'égal des carcinomes.

(*Edinb. med. journ.* et *Journ. d'accouch. de Liège*)

DE L'OVARIOTOMIE PENDANT LA GROSSESSE.

Par Wilson.

Trois cas peuvent se présenter : la grossesse est compliquée d'un kyste ovarien liquide, d'une tumeur solide ou d'une tumeur mixte. Dans tous les cas, Wilson conseille de pratiquer l'ovariotomie dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse. Il préfère l'ovariotomie aux ponctions répétées, parce que celles-ci déterminent des adhérences entre les parois du kyste et les tissus voisins, adhérences qui mettent un obstacle à l'extirpation du kyste. Les ponctions devant être répétées à de courts intervalles, affaiblissent les malades, et, si elles ne sont pas faites à temps, le kyste peut se rompre, son pédicule se tordre.

Les statistiques montrent que l'ovariotomie pratiquée pendant la grossesse donne d'excellents résultats pour la mère et pour l'enfant.

Spencer Wells, 10 opérations ; 9 guérisons et accouchement à terme.

Schrœder, 7 opérations ; 7 guérisons, 4 accouchements à terme, 1 avortement, 2 accouchements prématurés.

Marion Sims, 1 opération, guérison, accouchement à terme, enfant vivant.

Atlee, 2 opérations, grossesses non diagnostiquées.

Dans le premier cas, on avait pratiqué onze ponctions avant le mariage de la femme, cinq depuis. La grossesse datait de deux mois lorsqu'on pratiqua l'ovariotomie. La malade succomba un mois après, d'épuisement.

Dans le second cas, Atlee avait introduit une sonde dans l'utérus, au moment de faire l'opération. La malade guérit et accoucha à terme d'un enfant vivant.

Bird, 1 opération. La malade avorta deux jours après l'opération, guérison.

Galabin, 1 opération à six mois, accouchement à terme, enfant vivant.

Lawson Tait, 1 opération à sept mois. La malade accoucha six jours après et succomba quelques heures après l'accouchement.

W. Baum, 1 opération à six mois, avortement, guérison.

T.-G. Thomas, 1 opération, mort.

G. Kimball, 2 opérations, grossesses non diagnostiquées, mort par péritonite.

Il est probable que ces trois dernières opérations furent pratiquées avant la découverte des procédés antiseptiques.

En résumé, 29 opérations, 24 guérisons et 20 enfants vivants.

Ces statistiques démontrent que l'ovariotomie doit être pratiquée avant le sixième mois de la grossesse. *(Transact of the Americ. gyn. Soc.* et *Revue des Sc. méd.)*

(*Journal d'accouchements de Liége.*)

UN NOUVEAU CAS DE MORT SUBITE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Par le Dr Wingate.

Le *Medical Record* du 8 juillet dernier a rapporté deux cas de mort subite après l'accouchement, l'un observé par M. le Dr Huard et l'autre par M. le Dr Snow. Le cas suivant, qui s'est passé dans ma propre pratique, peut servir de pendant aux deux que je viens de citer :

Le 12 juillet 1880, je fus appelé de bon matin pour assister Mme F... dans son accouchement. C'était une jeune Américaine de vingt-six ans, bien portante, forte, pesant certainement 200 livres. Tous ses enfants étaient gros à leur naissance, car pas un ne pesait moins de 11 livres.

Deux ans auparavant, je l'avais assistée dans son quatrième accouchement et délivrée d'un enfant pesant 12 livres. Un an plus tard, je l'avais délivrée d'un faux germe ayant l'aspect d'une môle charnue.

A mon arrivée, j'appris que la patiente avait eu des douleurs plus ou moins fortes, à peu près toute la nuit. C'était une présentation du sommet, le col était légèrement dilaté, les parties étaient humides et dans de bonnes conditions. Les douleurs étaient régulières et assez fortes.

A dix heures, une large poche d'eau se forma, je la rompis et il s'écoula une grande quantité d'eau à chaque douleur.

A onze heures, la patiente était fortement affaissée et me demanda de l'aider. La tête était fort élevée en O. G. A.; le col était bien dilaté. Je trouvai le pouls donnant des marques certaines d'épuisement et les douleurs, quoique régulières, n'amenaient aucun progrès dans le travail.

L'intervention à cette heure de la journée n'était pas agréable, car il faisait excessivement chaud et la patiente refusait l'éthérisation.

J'appliquai le long forceps et commençai la besogne la plus pénible que j'aie jamais rencontrée dans la pratique obstétricale. Avec l'assistance du mari, qui m'empoigna la taille par derrière, mes mains étant entourées d'un essuie-mains et tirant sur le forceps, je parvins finalement à amener au monde un enfant mort du sexe féminin, qui pesait 17 livres. (L'auteur ne dit pas s'il s'est servi d'une balance, ou si ce poids *énorme* et *invraisemblable* n'est qu'approximatif.)

Il y avait à peine une légère lacération du périnée. On administra des stimulants et de l'ergot; le placenta ne tarda pas à sortir et l'accouchée se trouva bien. Elle semblait très heureuse et reconnaissante d'avoir été délivrée avec succès et, pendant que je lui arrangeais des vêtements secs, elle prit une serviette et essuya ma figure, qui était inondée de sueur.

Je restai avec elle une heure, puis je retournai chez moi pour prendre quelques rafraîchissements. J'étais rentré depuis peu de temps lorsqu'un violent coup de sonnette m'appela à la porte, où je

trouvai le mari, qui m'apprit que sa femme était mourante. Je me hâtai de courir à son domicile, peu distant du mien, et trouvai mon accouchée morte. La garde m'apprit que Mme F... s'était bien trouvée jusqu'au moment où le mari avait dû venir me chercher : à ce moment, elle s'était plainte subitement d'une douleur aiguë dans la région du cœur, la respiration était devenue très rapide, la face avait pris une coloration noire, puis la mort était survenue. Cela s'était passé une heure et demie après la délivrance. L'autopsie ne fut pas accordée. Je crois qu'il s'agissait d'une embolie cardiaque.

Je donnerai, comme seul commentaire sur les causes de cette triste terminaison, que la théorie est beaucoup plus commune que le fait. (*Medical Record* du 26 août 1882.)

(Journal d'accouchements de Liége).

TRAITEMENT DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE

G. Braun, contrairement à Verneuil, Nélaton et Sims, qui enseignent que le moment le plus favorable pour placer les sutures est le sixième ou le septième mois après la déchirure, et à Baker-Brown et Kiwisch, qui opèrent quelques semaines après l'accouchement, croit qu'il faut suturer aussitôt après l'accident.

A l'appui de son dire, il cite le cas d'une femme chez laquelle l'embryotomie fut faite par un élève avec le crochet-clef de Braun, de telle sorte que l'instrument déchira la paroi antérieure du col, celle du vagin et la paroi postérieure de la vessie. Braun acheva l'opération. La déchirure avait un diamètre transversal de 7 centimètres et vertical de 5 centimètres. Après avoir excisé avec les ciseaux quelques lambeaux, Braun plaça vingt points de suture au fil d'argent qu'il enleva six jours après. Il ne restait alors qu'une ouverture de 13 millimètres. Des cautérisations faites de deux jours en deux jours avec le nitrate d'argent, puis avec le cautère Paquelin, amenèrent l'occlusion complète de la fistule, au bout de deux mois et demi.

La même femme accouchant plus tard à sept mois de grossesse, la cicatrice rendit la sortie de la tête difficile. On ne voyait, lorsqu'elle fut remise, qu'une cicatrice de 13 millimètres.

(*Wien. med. Woch.* et *Annales de Gyn.*)
(*Journal d'accouchements de Liège*).

DE L'ABLATION TOTALE DE L'UTÉRUS CANCÉREUX

Par Cushing

L'auteur rapporte deux observations d'ablation totale de l'utérus, pour des cancers du col de cet organe ; l'une des malades fut opérée par la voie abdominale et mourut; l'autre, par la voie vaginale, guérit sans complication. Les conclusions sont les suivantes :

1° Ne pas opérer si les tissus péri-utérins sont dégénérés, ou l'utérus immobile, car l'opération est alors très laborieuse, et de plus l'affection récidive fatalement sur place ;

2° Opérer par la voie vaginale, qui paraît présenter moins de dangers;

3° Ne pas fermer la plaie béante du vagin, et en pratiquer le drainage rigoureux ; l'intestin grêle ne paraît pas avoir de tendance au prolapsus ;

4° Mettre une sonde à demeure dans la vessie pour éviter que celle-ci ne soit distendue par l'urine, ou que l'on remue trop fréquemment la malade.

Autant que possible, avant de décider l'opération, pratiquer l'examen histologique d'un fragment de la tumeur.

(*Amer. j. of. med. sciences* et *id.*)
(*Journal d'accouchements de Liège*).

HÉMORRHAGIE UTÉRINE EXCESSIVEMENT INTENSE GUÉRIE PAR UNE INJECTION D'EAU CHAUDE.

Nous croyons devoir attirer spécialement l'attention de nos lecteurs sur cette observation qui montre les excellents résultats obtenus avec l'eau chaude dans le traitement des hémorrhagies utérines puerpérales ou non. Nous avons eu de remarquables succès, grâce à l'emploi de cette méthode, qui est bien connue depuis longtemps, mais qui n'est pas entrée dans la pratique courante, peut-être à cause de la difficulté que le médecin éprouve à la faire accepter par les malades. Ce n'est pas, toutefois, que les injections d'eau très chaude soient particulièrement pénibles ; mais les gens du monde ont de la peine à comprendre qu'il soit possible d'arrêter les hémorrhagies avec de l'eau chaude; ce traitement leur paraît être le comble du paradoxe.

Voici au surplus l'observation fort intéressante de l'auteur anglais :

Il s'agit d'une belle et forte femme qui avait déjà eu cinq enfants ; depuis son cinquième accouchement elle avorta deux fois. Elle est réglée pour la dernière fois le 7 juin 1881, elle présente des symptômes d'avortement le 1er août 1881 ; elle ne consulte pas le médecin. Après cet accident, elle a des hémorrhagies survenant d'abord à des intervalles irréguliers, puis devenant permanentes. A chaque métrorrhagie, elle perd des lambeaux de masse charnue qu'elle apporte au médecin, pensant que ce sont des débris de membranes. L'hémorrhagie continuant, la malade s'affaiblit et fait mander le docteur Chamberlan. Pensant que l'avortement avait été incomplet, l'auteur avec une curette mousse, racle la muqueuse utérine. L'hémorrhagie cesse, mais la malade présente tous les symptômes de l'infection septique et, deux jours après l'opération, l'hémorrhagie apparait de nouveau, accompagnée cette fois par un écoulement extrêmement fétide. L'auteur pense que les débris placentaires qui restaient dans la cavité utérine ont continué à vivre et sont devenus le siège d'un papillome. Il propose de renouveler le curage de l'utérus, et, craignant une nouvelle hémorrhagie, il se munit d'une solution d'alun. Pendant l'opération, les craintes du chirurgien se réalisent, une hémorrhagie profuse extrêmement abondante se produit, et l'injection faite avec une solution d'alun ne peut rien contre elle ; la situation étant très critique, l'opérateur fait une injection très chaude et voit l'hémorrhagie cesser pour ne plus reparaître.

Les suites de l'opération furent excellentes, la malade guérit.

(*Société obst. de New-York* et *Rev. méd.*)

(*Journal d'accouchements de Liège*).

OCCLUSION DU VAGIN ; RÉTENTION DES RÈGLES PENDANT DEUX ANS, GROSSESSE, ACCOUCHEMENT.

C'est M. Hyernaux, notre savant collègue de la Maternité de Bruxelles, qui a fait cette intéressante communication dans la dernière séance de notre Académie. Voici en quels termes la rapporte le procès-verbal :

Dans sa communication, l'honorable membre rapporte trois cas intéressants qu'il a rencontrés dans sa pratique. Deux sont relatifs à une occlusion du vagin par une membrane obturatrice qui n'a pas empê-

ché la conception. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'une jeune fille de vingt ans chez laquelle, depuis l'âge de quinze ans jusqu'à dix-sept ans, les règles ont évidemment existé, mais sans écoulement extérieur, retenues qu'elles étaient par un hymen hypertrophié et imperforé. A dix-sept ans, une ponction est pratiquée dans une tumeur qui se présentait à la vulve et le sang contenu dans le vagin et l'utérus s'écoule alors au dehors. Dans le cours de sa vingtième année, cette fille devient enceinte, sans que jamais les rapports sexuels aient été complets. La membrane obturatrice examinée avec soin ne laisse voir à sa surface aucune trace d'ouverture : cependant une gouttelette de liquide qui en suinte fait présumer qu'il existe en cet endroit un pertuis qui aura donné passage à quelques spermatozoaires. La membrane est incisée et l'accouchement s'effectue naturellement.

A cette occasion, M. Hyernaux rappelle un cas qu'il a déjà mentionné, en 1865, dans ses *fragments d'obstétrique* ; ici la membrane obturatrice existait à mi-hauteur du vagin ; elle était percée à son centre d'une ouverture grande comme une tête d'épingle. Il y eut également grossesse et il fallut aussi débrider pour permettre à l'accouchement de s'effectuer.

Enfin, le troisième cas que l'auteur consigne dans sa communication se rapporte à une personne mariée sur laquelle il n'a pu découvrir la moindre trace d'organes sexuels.

(*Journal d'accouchements de Liége*)

HYMEN PERSISTANT ; COÏT ANORMAL.

Le Dr Gaillard Thomas rapporte un cas montrant l'extrême invraisemblance de l'évidence dans quelques cas de médecine apportés devant les tribunaux.

Une dame allemande, d'un haut rang, s'est mariée il y a huit ans, mais elle n'a pas encore eu d'enfant et désire être renseignée sur la cause de sa stérilité. Ses règles sont normales ; elle a un peu de leucorrhée, mais souffre beaucoup en arrière. En essayant d'introduire son doigt, le docteur Thomas trouva un hymen intact ayant une ouverture qui avait à peine le volume d'un crayon à dessiner. Elle affirma néanmoins qu'elle était mariée depuis huit ans, qu'elle avait des rapports réguliers avec son mari, et qu'elle n'était pas restée vierge. Il fit appe-

ler le mari de cette dame qui pensa qu'on lui contait une bonne plaisanterie en lui disant que sa femme était encore vierge ; il avait environ trente-huit ans, une bonne figure, disait posséder un appétit sexuel vigoureux, qu'il était sûr d'avoir eu des rapports sexuels, etc. Le Dr Thomas lui prouva alors ce qu'il avançait, en plaçant la femme en position et en écartant les lèvres. Le mari fut étonné, et, lorsque le médecin proposa de sectionner l'hymen et d'introduire un tube de verre, il demanda une semaine de grâce, pensant que dans ce temps il aurait fait lui-même cette petite opération. Cependant, il revient au bout de ce temps, disant qu'il était maintenant convaincu de n'avoir pas eu de rapports réguliers avec sa femme, mais qu'il était en peine de savoir comment il avait pu se tromper si longtemps. L'hymen fut alors sectionné sous l'éther et un tube de verre fut introduit. Le mari trouva alors quelque chose de changé pour le mieux. Ce cas est intéressant au point de vue médico-légal.

(*Obstetrical society of New-York : The Américain Journal of obstetrics et Id*).

UN CAS D'HYSTÉRECTOMIE

Par le professeur Billroth.

Il s'agissait d'une tumeur fibreuse de l'utérus chez une jeune femme de trente à trente-deux ans. Le diagnostic etait très douteux et la plupart de ceux qui l'avaient examinée hésitaient entre une tumeur fibreuse de l'utérus et un kyste de l'ovaire. Le ventre était développé comme s'il existait une grossesse à terme, et on constatait une fausse fluctuation qui en imposait à beaucoup d'examinateurs. Le professeur Billroth, cependant, n'hésitait pas ; il avait diagnostiqué une tumeur fibreuse et il pratiqua l'opération sans faire de ponction exploratrice.

Le local de l'opération est très petit ; il peut à peine contenir une quinzaine de personnes, aides compris ; il est situé à l'extrémité d'une salle de femmes qu'il faut traverser pour y arriver. La table d'opération est très étroite, à dossier mobile. La femme y est, pour ainsi dire assise, les jambes repliées et entourées de flanelles. Sauf le spray, qui n'est plus employé dans la pratique de ces opérations, toutes les précautions de Lister sont rigoureusement observées.

Le ventre est soigneusement lavé, le pubis est rasé et une toile

imperméable recouvre toutes ces parties. L'anesthésie est obtenue par le chloroforme. Le professeur Billroth commence son incision à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, contourne celui-ci et arrive au pubis en suivant la ligne blanche. Quelques artérioles donnent; elles sont prises dans des pinces hémostatiques spéciales analogues aux anciennes pinces à artères de nos trousses. Le péritoine est directement ouvert sans l'aide de la sonde cannelée; l'incision est complétée au moyen du bistouri boutonné. L'opérateur, ayant reconnu l'exactitude de son diagnostic, ne s'attarde pas en essais pour extraire la tumeur; il prolonge immédiatement son incision en haut de 10 à 12 centimètres, puis sans secousse, sans traction, par de douces pressions latérales, il fait sortir la tumeur de la cavité abdominale. Elle s'insère sur le sommet de l'utérus, et adhère au ligament large à gauche. Celui-ci est divisé en trois parties et sectionné entre deux ligatures au moyen du thermo-cautère de Paquelin; il en est de même du ligament de droite. L'utérus est alors fortement serré par un lien élastique de façon à obtenir l'hémostase comme par la méthode d'Esmarch et l'opérateur s'occupe alors de l'enlèvement de la tumeur y compris une partie du corps de la matrice. Pour cela, il taille une manchette aux dépens du péritoine et du tissu utérin, puis il sectionne la tumeur au niveau de la base de la manchette ; après la ligature de toutes les artères, les lèvres de cette manchette sont adossées séreuse contre séreuse au moyen de nombreux points de suture, puis le tube constricteur est enlevé. Toute hémorrhagie ayant cessé, le moignon est abandonné dans la cavité abdominale. La toilette du péritoine est faite très sommairement, car les précautions ont été telles que pas une goutte de sang n'a pénétré dans le ventre. Un drain qui plonge dans le petit bassin est fixé à l'angle inférieur de la plaie et il est ensuite procédé à la réunion de la plaie abdominale.

Le professeur Billroth pratique cette suture d'une façon toute particulière, de façon à obtenir l'adossement du péritoine sur une large étendue. Il passe à travers toute l'épaisseur des parois abdominales et à 3 ou 4 centimètres des bords de la plaie un gros fil d'argent à l'extrémité duquel est fixée, au moyen d'un grain de plomb perforé et écrasé, une plaque en plomb un peu ovale et large comme une de nos pièces de deux centimes. Le fil ayant été passé et les bords de la plaie étant fortement rapprochés, une plaque de plomb est passée dans l'extrémité libre du fil; elle est maintenue par un ou deux grains

de plomb écrasés au moyen d'une pince spéciale et les lèvres de la plaie sont ainsi fortement adossées séreuse contre séreuse.

C'est en définitive une suture enchevillée spéciale. Six sutures sont ainsi passées et déterminent l'adossement du péritoine sur une large étendue en formant une espèce de crête très saillante. Des sutures entrecoupées en forte soie phéniquée réunissent alors la peau et le tissu cellulaire, puis des sutures en fils de soie très fins produisent exactement la réunion de la plaie seule.

Le pansement se compose de morceaux de gaze iodoformée appliqués directement sur la plaie et d'un pansement phéniqué complet. La toilette de l'opérée est promptement faite et elle est replacée dans son lit.

Le lendemain, l'état est des plus satisfaisants; la soif est intense et l'opérée a eu quelques vomissements; le pouls est à 22 au 1/4.

Tout marcha régulièrement vers une guérison rapide. Les points de suture furent enlevés 8 jours après l'opération.

(*Presse Méd. Belge.*)

UN CAS D'HYMEN IMPERFORÉ.

Un père de famille de la campagne vint me prier de visiter sa fille âgée de seize ans, non encore réglée, chez qui existait, à la vulve, depuis un mois environ, une tumeur qui augmentait journellement de volume. Une sage-femme consultée avait diagnostiqué (?!) une chute de la matrice et proposé l'application d'un pessaire (!!). La jeune fille ayant, dans la nuit, beaucoup souffert de violentes coliques et de douleurs dans le bas-ventre, cet homme me priait de visiter son enfant.

Je me rendis à son invitation et me trouvai en présence d'une jeune fille parfaitement formée et présentant à la vulve une tumeur arrondie de la grosseur d'un œuf de poule ; le vagin était complètement fermé par une membrane assez mince, très vasculaire, surtout vers sa partie médiane, la plus saillante, et qui n'était autre chose que l'hymen, formant la face antérieure de la tumeur.

Le toucher rectal faisait percevoir une grosse tumeur élastique, assez irrégulièrement arrondie, remplissant la cavité pelvienne.

Quoique la membrane me parût très amincie, surtout à sa partie médiane, et sur le point de se rompre, je fis avec une lancette, n'ayant pas de trocart sur moi, une ouverture d'un centimètre environ de

longueur, dans le sens vertical; il s'échappa aussitôt un jet de sang noirâtre et mélangé de caillots; la poche, que le toucher rectal avait fait constater, se vida entièrement, et pendant deux jours le sang des règles s'écoula par l'ouverture pratiquée. La ponction de l'hymen n'amena aucune réaction, aucune complication: le mois suivant, les règles apparurent et s'écoulèrent rapidement.

(Dr Rolland, *in Concours médical*).

FORMULAIRE

DU SAVON MOU DE POTASSE (SAVON NOIR) DANS LES CAS DE PHLEGMON DES LIGAMENTS LARGES (J. Chéron).

Le savon de potasse a été employé dans ces derniers temps au traitement des engorgements ganglionnaires, avec un certain succès.

Kapesser en a conseillé l'emploi dans toutes les affections consomptives en général, dues aux maladies de croissance, au surmenage, aux suites de couches, de blessures, etc.

Il fait faire deux fois par semaine seulement, et cela dans le but de respecter la peau qui ne pourrait résister à une friction quotidienne au savon noir, une friction sur le dos, les reins et les membres avec une cuillerée de savon mou délayé dans un peu d'eau tiède. Cette friction doit être faite, le soir, avant de se coucher. La durée ne doit pas dépasser dix minutes. Le malade est ensuite épongé et essuyé.

Chez les adultes, on peut alterner d'un côté du corps à l'autre. On peut employer cette médication pendant longtemps.

Les observations qui ont été rapportées témoignent d'une véritable efficacité de ce moyen dans la reconstitution de l'état général et relatent aussi la disparition de symptômes thoraciques graves, tels que l'induration pulmonaire, l'adéno-bronchite, l'hémoptysie, les adhérences pleurales, etc.

J'ai cru pouvoir tirer parti de ce moyen thérapeutique dans les cas d'adéno-lymphangite péri-utérine et de phlegmon des ligaments larges où le système lymphatique se trouve si largement en jeu.

Mes premières tentatives ont été très encourageantes, mais l'action

très irritante du savon sur la peau, m'a souvent obligé à en suspendre l'emploi pendant un temps assez long.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait alors composer la pommade suivante, préparation qui n'enlève au savon mou aucune de ses propriétés thérapeutiques et met à l'abri d'une irritation trop rapide et trop vive de la peau :

Savon mou de potasse	20	grammes.
Extrait de belladone.	2	—
Axonge	40	—
Essence de roses	III	gouttes.

faire une friction douce et prolongée pendant dix minutes, tous les jours, sur la région hypogastrique et la face antéro-interne des cuisses.

Une diminution notable du volume du phlegmon se fait, en un temps très court, et l'état général s'améliore très sensiblement en même temps que diminue la masse inflammatoire.

ENSEIGNEMENT LIBRE

M. le docteur Verrier, préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de Médecine a commencé un cours complet d'accouchement (théorie et pratique) pour les élèves sages-femmes, le jeudi 18 janvier 1883 à 2 heures 1/2, à l'amphithéâtre de M. le docteur Lenoir, 2, rue Antoine-Dubois. Il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Prix 50 francs pour le cours d'une durée de 4 mois environ.

On s'inscrit chez M. le docteur Verrier, 106, rue de Rivoli.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Paris.-Imp. PAUL DUPONT 534.3.83

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

MÉMOIRES ORIGINAUX

PREMIER CAS D'ABLATION TOTALE DE L'UTÉRUS EXÉCUTÉE EN ITALIE PAR LE PROCÉDÉ DE BARDENHAUER PAR LE DOCTEUR J. BERRUTI (1)

(*Traduit de l'Italien par le docteur R. FAUQUEZ, médecin-adjoint de Saint-Lazare.*)

Partant de la conviction profonde (que l'expérience seule fait naître chez celui qui est appelé à soulager les souffrances d'autrui) que *dans le Cancer il est permis de tout tenter*, dans l'espérance de calmer des douleurs inouïes et de sauver, s'il est possible, la malade d'une agonie longue et épouvantable et d'une mort certaine, j'ai accueilli avec une foi inébranlable, tous les moyens quelconques que la science, l'expérience et la pratique médicale ont proposés dans le but que je poursuis. Nonobstant les revers connus dans les tentatives de *Recamier*, dans les opérations de *Freund*, *de Czerny* et *Billroth*, j'ai recueilli constamment chaque essai rationnel, consciencieux et

(1) Extrait de *Indipendente Gazzetta medicale di Torino.*

autorisé, quelquefois trompeur, qui concourait au but de combattre chez les femmes ce monstre épouvantable, qui, de diverses manières, attaque, désagrège et consume d'une façon horrible l'organe de la reproduction d'abord, l'organisme entier ensuite. Voilà la raison pour laquelle j'ai mis en œuvre, suivant les diverses circonstances, chaque moyen proposé pour mettre une digue à une destruction si grave et si certaine.

Le fer, le feu, les cautères potentiels et essentiels, la galvano-caustique, l'excision partielle, le grattage, les injections interstitielles et, que sais-je, ont été expérimentés tour à tour contre le cancer utérin; mais, il faut l'avouer, avec peu de satisfaction et presque sans résultat définitif.

Un arrêt plus ou moins long dans la marche du mal, un frein aux hémorrhagies, un grand soulagement momentané dans les douleurs déchirantes, une espérance éphémère et passagère donnée à la malade..... Voilà tout.

Pour sortir de cette situation décourageante, mon esprit ne pouvait faire moins que de s'ouvrir à l'espérance en songeant aux tentatives de *Billroth* dont quelques-unes avaient eu dernièrement une issue favorable, et à celles de *Bardenhauer* chirurgien en chef de l'hôpital civil de Cologne, dont l'ami et le collègue *Novaro* m'avait fait connaître les résultats favorables. (1)

L'occasion d'exécuter cette tentative hardie ne se fit pas attendre. Depuis quelques mois, j'avais en traitement, dans ma clientèle privée, une dame atteinte d'épithélioma du col de l'utérus, traitée, avant d'avoir été soumise à mes soins, par les cautérisations. Opérée par la méthode de *Simon*, en faisant suivre le grattage avec une curette d'une profonde cautérisation au thermo-cautère *Paquelin*, elle eut pendant quelque temps du soulagement qui calma les faciles et fréquentes hémorrhagies. Le cancer suivit cependant sa marche fatale et toute la triste série des maux qui l'accompagnent reparut, mal-

(1) *Bardenhauer*. Sur la question du drainage de la cavité péritonéale. Stuttgart, 1880, Enke.

gré qu'on eût eu recours au moyen radical de déraciner le plus profondément et le plus patiemment possible le néoplasme, comme peut l'affirmer le docteur *Libero Bergesio* qui m'assista et m'aida avec la plus grande habileté dans cette manœuvre opératoire.

Je vis la malade pour la première fois vers le milieu de septembre 1880; le 27 du même mois, elle fut opérée comme je viens de le dire; le 6 octobre, la cautérisation au thermo-cautère fut répétée. Les forces et l'état général de la malade se relevèrent sensiblement; elle se remit de la faiblesse causée par les fréquentes et abondantes hémorrhagies. Les douleurs cessèrent presque complètement et elle jouit pendant un mois d'une santé assez satisfaisante pour lui permettre de reprendre ses occupations habituelles. Le processus réparateur qui avait fait assez de progrès pendant les quinze premiers jours après l'opération et qui laissait espérer la prochaine cicatrisation de la surface cautérisée, se ralentit et finit par s'arrêter et laisser se reproduire de plus belle la plaie cancéreuse.

Ce fut à ce moment que je fis part à la malade et à son mari de la nécessité de faire une opération plus radicale; j'en parlai à mon savant collègue le docteur Giacomo Novaro qui, appelé en consultation, confirma la nature du mal et ne craignit pas d'affirmer que la seule ressource qui permît d'espérer la guérison était l'extirpation totale de l'utérus. La malade et ses parents, bien qu'on ne leur eût rien caché de la gravité et des grands dangers de cette opération, acceptèrent et on en fixa l'exécution au 15 novembre dans la matinée.

État de la malade au moment de l'opération.

Femme de 40 ans, de constitution robuste, dans la famille de laquelle on ne peut constater aucun antécédent héréditaire; mère d'une nombreuse famille, elle a toujours joui d'une bonne santé; très laborieuse, elle a trouvé le temps de donner son activité et son intelligence au commerce, tout en s'occupant des soins à donner à sa famille : d'un caractère bon et énergique, elle a accepté avec fermeté et conviction cette tentative

extrême pour la conserver à sa famille et à ses travaux; elle supporta avec une résignation et un courage non communs toute la longue et douloureuse période de ses maux, et après l'opération elle ne perdit rien de son énergie et de son courage. *Mieux vaut mourir cent fois,* répétait-elle, *que souffrir les douleurs horribles d'une de mes amies morte d'un cancer de la matrice!* Sublime abnégation d'une femme que rien n'épouvante, bien qu'il ne lui reste qu'un brin d'espérance!

Et cela l'eût sauvée si un événement malheureux, imprévu, comme nous le verrons, n'eût été la cause d'une catastrophe, au moment où l'espérance de la sauver renaissait chez elle et était presque une certitude pour ses médecins.

Préparatifs. — Dès que nous eûmes décidé l'opération, le docteur Novaro et moi, nous n'épargnâmes rien pour mettre la malade dans les meilleures conditions de salut. Après avoir étudié avec soin le processus opératoire de Bardenhauer, publié par lui, avec la plus grande précision, dans l'opuscule dont nous avons déjà fait mention, nous répétâmes l'opération sur le cadavre. Nous nous pourvûmes de tous les instruments nécessaires et nous en fîmes même construire quelques-uns spécialement pour cette circonstance : munis de tous les appareils pour la désinfection listérienne, de toutes les choses nécessaires pendant et après l'opération, largement secondés en tout par le mari et la famille, nous abordâmes tranquillement cette opération qui cependant ne présentait pas peu de difficulté et demandait de longues et patientes manœuvres.

Nous conformant scrupuleusement aux conseils du savant clinicien de Cologne, nous préparâmes la malade à l'opération en la mettant à une diète sévère et en la purgeant légèrement.

La veille, nous lui fîmes prendre alternativement des petites loses de chlorate de potasse et de magister de bismuth. Le vagin et l'utérus furent, pendant six jours consécutifs, lavés deux fois par jour avec une solution phéniquée à 2 0/0 et, immédiatement avant l'opération, avec une solution à 5 0/0.

Opération. — La patiente fut placée sur un lit dressé spécialement pour la circonstance, la tête dans une situation dé-

chve et le bassin bien soulevé. Ce lit était formé d'une table de plus d'un mètre de hauteur, recouverte d'un seul matelas. On recouvrit avec soin la poitrine et les quatre membres à l'aide d'ouate et de bandes. Les instruments et les éponges furent plongés depuis le matin dans une solution phéniquée à 5 0/0 et tenus prêts pour le moment voulu. Soumise à l'action du chloroforme, à peine la malade fut-elle complètement anesthésiée que je fis une incision sur la ligne blanche, allant de l'ombilic au bord supérieur de la symphyse pubienne. Ayant ainsi ouvert la cavité abdominale, je coupai transversalement avec un bistouri boutonné les muscles droits de l'abdomen à leur insertion pubienne, je réunis, par quelques points de suture, le péritoine à la peau et je fis l'occlusion des vaisseaux sanguins au moyen de pinces hémostatiques. Ayant saisi avec une forte pince le corps de l'utérus, et l'ayant traversé d'un fil solide, je le fis soulever le plus haut possible. Ensuite j'appliquai, non sans difficulté, deux doubles ligatures, de chaque côté, sur le ligament large, les externes avec du catgut et les internes avec de la soie, ces dernières distantes d'un centimètre environ du bord de l'utérus.

Je procédai, après cela, à l'incision transversale du péritoine en avant de l'utérus et en arrière de la vessie. Ayant placé l'index de la main gauche dans le cul-de-sac antérieur du vagin, je fis une incision de 3 à 4 centimètres, créant ainsi une communication directe entre la cavité abdominale et le vagin. La même incision fut faite en arrière par le cul-de-sac vagino-rectal. Enfin, suivant toujours les préceptes de Bardenhauer, j'appliquai une anse de fil d'argent très fort autour de la partie la plus inférieure du ligament large, d'abord d'un côté, puis de l'autre, de la façon suivante : ayant pris une aiguille cachée dans une gaîne, je la passai latéralement de dedans (l'abdomen) en dehors, dans le cul-de-sac antérieur du vagin, un centimètre en avant du ligament large et du museau de tanche; avec l'index et le médius de la main gauche introduits dans le vagin, je tirai l'aiguille hors de la vulve afin de pouvoir passer dans son chas, un fil d'argent.

L'aiguille armée du fil repassa dans le ventre et traversa le ligament rond d'avant en arrière. L'aiguille débarrassée du fil repassa par le ligament rond pour être armée de nouveau, ressortir de dedans en dehors de l'abdomen à un centimètre en arrière du ligament large et sortir enfin, guidée sur les doigts introduits dans le vagin, du cul-de-sac postérieur à la vulve. Là l'aiguille privée du fil fut enlevée.

La même opération fut exécutée du côté opposé. Les deux extrémités libres de chaque anse métallique passées dans un constricteur spécial furent tordues de façon à obtenir une solide ligature. A ce moment de l'opération, un accident désagréable se produisit. Une des anses se rompit sous l'effort de la torsion. On était exposé en renouvelant la même manœuvre à une perte sérieuse de temps et au danger de retomber dans le même inconvénient.

Alors le docteur *Novaro* trouva plus simple et plus sûr de recourir à un autre moyen pour parer à l'hémorrhagie. Ayant sectionné les ligaments larges entre les doubles ligatures de soie et de catgut, après avoir dilaté avec les doigts les deux ouvertures des culs-de-sac antérieurs et postérieurs, je plaçai la chaîne métallique de *l'écraseur de Chassaignac* et je fis la constriction lente et la section des deux ponts latéraux, de telle sorte que l'utérus devint libre et fut complètement enlevé. Le néoplasme fut trouvé absolument isolé des tissus sains.

Après une toilette soignée de la cavité abdominale, des intestins, de l'épiploon et de tous les coins et recoins, au moyen d'éponges et d'irrigations d'eau phéniquée, on introduisit un gros tube à drainage en T; son extrémité libre à l'ouverture vulvaire. Ayant replacé les intestins, étendu l'épiploon, je procédai à la suture des parois abdominales, au moyen de 15 points comprenant toute l'épaisseur des parois et le péritoine. Enfin, après une dernière irrigation désinfectante dans le vagin et le tube à drainage, nous fîmes l'application d'une bande compressive sur le ventre après avoir recouvert la vulve, le ventre et les parties voisines de coton phéniqué.

Après l'opération. — La patiente fut transportée dans un lit

chaud, reveillée de son sommeil anesthésique et placée dans une position demi-assise. On lui administra une potion cordiale et toutes les deux heures une pilule de 2 centigrammes d'opium.

Comme alimentation, du vin généreux et du bouillon. Après avoir fait les recommandations necéssaires aux personnes qui l'assistaient, on la laissa tranquille et dans les meilleures conditions morales. La température fut prise, comme le conseille l'auteur, régulièrement toutes les deux heures, pendant le nettoyage du drain ou les irrigations et le changement du bandage; à peine le thermomètre s'éleva-t-il un peu. Les irrigations étaient faites avec une solution d'acide salicylique à 1/300 toutes les 4 heures; cathétérisme de la vessie toutes les 4 heures. Le bulletin clinique du jour suivant démontre nettement la vigilance de ceux qui furent chargés de la surveiller. Tout éloge quel qu'il soit serait insuffisant pour reconnaître leurs mérites et pour exprimer la reconnaissance à laquelle ont droit les savants élèves *Canalis*, *Canepa* et *Sohiappadore*, qui avaient accepté la lourde tâche de surveiller jour et nuit le cours de la maladie. De l'examen attentif de ce bulletin quotidien, il résulte clairement que l'état de l'opérée se maintint dans les meilleures conditions pendant les huit premiers jours et que les espérances conçues ne pouvaient faire autrement que d'être réalisées, si, par malheur, une cause infectante résultant, on ne sait de quoi, n'était venue déterminer la gangrène de la plaie abdominale déjà cicatrisée par première intention.

BULLETIN CLINIQUE DU 15 AU 26 NOVEMBRE 1880,

15 novembre (*jour de l'opération*).

1 *heure* 20 *après midi*. — T. 36,2. — P. 96. — R. 30. — A une heure on donne une pilule d'opium.

3 *heures*. — T. 37,2. — P. 96. — R. 26. On administre une autre pilule d'opium.

4 *heures*. — T. 37,6. — On fait, à 4 heures, le cathétérisme et on retire un verre et demi environ d'urine.

On fait le lavage avec une solution d'acide salicylique à 40°

et le pansement de *Lister* à la vulve. A 5 heures 1/4 on donne une pilule d'opium.

6 *heures.* — T. 37,7.

6 *heures* 1/2. — On fait un lavage avec l'acide salicylique à 40° et on change le pansement de la vulve.

8 *heures* — T. 37,6. — P. 120 — R. 24.

9 *heures* 3/4, — T. 37,8. — On fait le cathéterisme, le lavage de la plaie et le pansement.

10 *heures* 1/2. — L'opérée a un vomissement peu abondant.

11 *heures* 3/4. — T. 37,6.

16 novembre.

2 *heures du matin.* — T 37,7.

2 *heures* 3/4. — T. 37,5.

4 *heures* 1/2. — T. 37,5.

5 *heures* 1/2. — On fait le cathétérisme et un autre lavage à l'acide salicylique. Le liquide rejeté est légèrement teinté de sang. La gaze enlevée est beaucoup moins imbibée de sang que la précédente. Changement du pansement.

6 *heures* 1/2. — T. 37,5. — P. 120.

8 *heures* 1/2. — T. 37,4.

10 *heures.* — T. 37. — Le cathétérisme donne environ un verre d'urine. On change le pansement de la vulve. En l'enlevant on trouve les parties les plus voisines du tube tachées sur la largeur d'un écu d'un liquide séro-sanguinolent. On fait une petite irrigation pour s'assurer de la perméabilité du tube.

11 *heures* 3/4. — T. 37,2

2 *heures du soir.* — T. 38,1. — P. 134.

2 *heures* 1/2. — On fait le cathétérisme et le lavage par le drain. On change le pansement de la vulve.

3 *heures* 1/2. — T. 38,6. — P. 130.

4 *heures* 1/2. — T. 38,6.

5 *heures* 1/2. — On enlève le pansement de la vulve et on fait le cathétérisme, ensuite, avec une plume enduite d'huile phéniquée à 5 0/0, on badigeonne l'intérieur du gros tube à drainage qui entraîne hors du vagin quelques petits caillots

décolorés fétides, puis on injecte par le même tube une solution d'acide phénique à 5 0/0 à la température de 40°; après quoi on fait le lavage habituel à l'acide salicylique. On refait le pansement de la vulve.

Aussitôt après le lavage. — T. 38,5.

7 *heures*. — T. 38,2. — P. 99.

8 *heures*. — T. 37,8. — P. 125.

9 *heures*. — T. 38,3. — P. Ne peut se compter; environ 140.

18 *heures*. — T. 37,7.

10 *heures* 1/2. — On enlève le pansement de la vulve, on fait le cathétérisme et on lave le tube avec l'acide salicylique et l'acide phénique à 5 0/0 et à 40°. Trouvant le premier morceau de gaze du pansement de l'abdomen sale, on l'enlève, on nettoie le tube à drainage avec une plume enduite d'huile phéniquée, on applique un morceau de protective et un de gaze propre.

17 Novembre.

Minuit 1/2. T. 37,5. — Température prise avec le thermomètre à l'aisselle.

2 *heures*. — T. 38. — P. 120.

3 *heures*. — On fait le cathétérisme et on change le pansement de la vulve. On lave le tube à drainage avec une solution d'acide salicylique à 40°.

4 *heures*. — T. 38. — P. 130.

6 *heures* 1/2. — T. 37,4. — On fait le cathétérisme, on injecte dans le tube la solution salicylique à 40° et on change le pansement de la vulve.

8 *heures* 1/2. — T. 37,6. — P. 110.

10 *heures* 3/4. — T. 37,6. — P. 110.

11 *heures* 1/2. — On fait le cathétérisme qui ne donne pas même un verre d'urine. On nettoie le gros tube à drainage du vagin avec une plume imbibée d'huile phéniquée; la plume, à la quatrième fois n'a plus d'odeur fétide. Ensuite on fait le lavage habituel avec l'acide salicylique à 40°. La gaze auprès

de la vulve sent un peu mauvais. On fait le pansement de *Lister*.

Midi. — T. 37,4.

2 *heures*. — T. 37,7.

3 *heures* 3/4. — T. 38.

5 *heures*. — Le cathétérisme donne un bon verre d'urine. Le tube à drainage est nettoyé avec une plume imbibée d'huile phéniquée, ensuite l'intérieur du tube est lavé avec une solution phéniquée à 5 0/0 et à 40° et avec l'acide salicylique à 40°. On refait le pansement de *Lister*. La gaze enlevée sent un peu mauvais.

5 *heures* 1/2. — T. 37.6.

8 *heures*. — T. 37,6. — P. 120.

10 *heures*. — T. 37,9.

10 *heures* 1/2. — Lavage habituel à l'acide salicylique et cathétérisme.

Minuit. — T. 37.2.

18 Novembre.

2 *heures du matin*. — T. 37,2.

3 *heures* 3/4. — Cathétérisme : on fait un lavage à l'acide salicylique. La gaze a plus mauvaise odeur que la dernière fois, la plume extraite du tube également. Le protective de la plaie abdominale est noirci et la plaie elle-même donne une mauvaise odeur.

4 *heures* 3/4. — T. 37,5.

6 *heures* 1/2. — T. 37,3.

8 *heures*. — T. 38,4.

8 *heures* 1/2. — Lavage du tube à l'acide salicylique. Nettoyage de la plaie abdominale avec l'acide salicylique et l'acide phénique. Cette dernière sent encore plus mauvais. Le protective est noirci, cathétérisme.

11 *heures*. — L'opérée sentant un besoin pressant d'aller à la garde-robe, on croit opportun de lui administrer un lavement d'eau tiède, car les selles nécessitent de fortes contractions abdominales. Les matières rendues sont noirâtres et repré-

sentant, comme quantité, à peine un verre. On fait le cathétérisme, on lave le tube à l'acide salicylique et à l'acide phénique et on panse la plaie abdominale avec une petite quantité de solution phéniquée à 5 0/0 et un tampon de coton phéniqué imbibé de chlorure de zinc à 8 0/0. Le protective qui recouvrait la plaie correspondant au tube à drainage de l'abdomen était noirci, le reste de la plaie abdominale est cicatrisé. On enlève en cet endroit les points de suture. On refait le pansement de *Lister* tant sur l'abdomen que sur la vulve.

11 *heures.* — T. 37,5.

1 *heure du soir.* — T. 37,5. — P. 124.

3 *heures.* — T. 37,5.

4 *heures* 1/2. — La malade a une évacuation alvine de matières noirâtres, en petite quantité. On fait le cathétérisme et on change le pansement de la vulve ; léger lavage du tube avec l'acide salicylique et onction des grandes lèvres et des parties avoisinantes avec de la vaseline à l'acide borique.

5 *heures.*.— T. 37,4.

7 *heures.* — T. 37,3.

9 *heures.* — Lavage habituel, cathétérisme et pansement de la vulve. Le protective de la plaie abdominale est légèrement noirci. Avant le pansement, l'opérée eut une évacuation faible de matières noirâtres.

10 *heures.* — T. 37,2.

19 novembre.

1 *heure après minuit.* — On fait le cathéterisme, le lavage à l'acide salicylique à 40° et le pansement.

Les matières fécales émises sont plutôt abondantes et noirâtres.

2 *heures.* — T. 36,6. — Cette température fut vérifiée par deux fois. D'abord le thermomètre indiquait les deux premières fois. 36,5.

2 *heures* 3/4. — T. 36,7.

3 *heures* 1/4. — T. 37,4.

3 *heures* 1/2. — On constate que la malade a rendu des ma-

tières fécales noirâtres, qui ont sali le pansement ; aussitôt on le refait après avoir fait le lavage habituel. On touche la plaie abdominale avec le chlorure de zinc.

6 *heures.* — T. 37.

6 *heures* 3/4. — T. 37,2.

7 *heures.* Evacuation de matières noirâtres liquides.

7 *heures* 20. — Petite évacuation analogue à la précédente.

8 *heures.* — T. 37,3. — Cathétérisme, lavage, pansement.

9 *heures.* — T. 37,1.

10 *heures* 20. — Légère évacuation.

10 *heures* 1/2. — T. 37,1.

10 *heures* 55. — Très faible évacuation.

11 *heures* 3/4. — Décharge alvine. Cathétérisme, lavage à l'acide salicylique, pansement.

Midi 1/4. — T. 37,2.

4 *heures* 1/2. — T. 37,7.

5 *heures.* — On fait le pansement de la vulve, l'irrigation, le cathétérisme, le lavage de la plaie abdominale au chlorure de zinc.

6 *heures.* — T. 37,8 immédiatement après le lavage.

7 *heures.* — T. 37,4.

10 *heures.* — Cathétérisme. Lavage à l'acide salicylique. — Pansement.

10 *heures* 1/2. — T. 37,2.

Minuit. — Petite décharge alvine.

20 novembre.

2 *heures du matin.* — Selle diarrhéique plutôt abondante.

3 *heures.* — T. 37,2.

3 *heures* 1/2. — Selle diarrhéique très abondante. Lavement avec la décoction blanche de Sydenham et du laudanum liquide. Cathétérisme et lavage avec l'acide salicylique à 40°, pansement.

4 *heures.* — T. 37,3.

4 *heures* 1/2. — Décharge alvine, à la suite de laquelle on administre un autre lavement avec décoction blanche et laudanum.

7 *heures*. — T. 37.4.

9 *heures*. — T. 37,3. — Injection, cathétérisme. Durant cette nuit, évacuations nombreuses de matières liquides.

11 *heures* 1/2. — T. 37,1.

1 *heure aprés midi*. — Cathétérisme, injection avec l'acide salicylique, pansement.

1 *heure* 1/4. — T. 37,2.

3 *heures* 1/4. — T. 37,1.

5 *heures* 1/4. — Cathétérisme, injection avec l'acide salicylique, nettoyage léger de la plaie abdominale avec une plume trempée dans le chlorure de zinc, pansement.

6 *heures*. — T. 37,3.

10 *heures* 1/4. — Cathétérisme, lavage à l'acide salicylique, pansement.

10 *heures* 3/4. — T. 37, 1.

21 novembre

5 *heures du matin*. — Cathétérisme, lavage à l'acide salicylique, nettoyage de la plaie abdominale avec une plume enduite de chlorure de zinc ; pansement.

5 *heures* 1/4. — T. 37.

8 *heures* 1/2. — Cathétérisme, injection à l'acide salicylique, pansement.

9 *heures*. — T. 37, 2.

3 *heures* 1/4. — T. 37, 1.

3 *heures* 3/4. — Cathétérisme, injection habituelle, remèdes.

8 *heures*. — T. 37, 3.

10 *heures* 1/4. — Cathétérisme, injection habituelle, remèdes.

Minuit. — Simple irrigation, pansement.

22 novembre

6 *heures du matin*. — T. 37, 2.

8 *heures*. — Cathétérisme, lavage à l'acide salicylique. Le protective de la plaie abdominale est tout noirci, les feuilles

de gaze placées par-dessus sont aussi salies ; attouchement au chlorure de zinc. Pansement.

8 *heures* 3/4. — T. 37, 3.

11 *heures*. — T. 37, 1.

1 *heure après-midi*. — T. 37, 2.

4 *heures* 1/4. — Cathétérisme, lavage du tube à l'acide salicylique, nettoyage de la plaie abdominale avec l'acide phénique à 5 0/0. — Plus de pansement de Lister sur la vulve. — T. 37, 4.

8 *heures*. — T. 37, 2.

10 *heures*. — Cathétérisme, lavage du tube à l'acide salicylique. La plaie abdominale est touchée avec du coton trempé dans l'acide phénique 5 0/0. Pansement.

11 *heures*. — T. 37, 1.

23 novembre

7 *heures du matin*. — Cathétérisme, lavage du tube à l'acide salicylique. Nettoyage de la plaie abdominale à l'acide phénique à 5 0/0. Pansement.

8 *heures*. — T. 37, 1.

10 *heures*. — T. 37, 1.

11 *heures*. — Cathétérisme, lavage du tube avec l'acide salicylique. Nettoyage de la plaie abdominale avec le coton phéniqué trempé dans l'acide phénique à 5 0/0. Pansement.

4 *heures* 1/2. — Cathétérisme, lavage et nettoyage habituels.

8 *heures*. — T. 37, 5. — Cathétérisme, lavage et nettoyage.

10 *heures*. — T. 37, 3.

10 *heures* 1/4. — Cathétérisme, lavage et nettoyage.

24 novembre

6 *heures* 3/4 *du matin*. — T. 37, 4.

7 *heures*. — Cathétérisme, lavage et nettoyage.

11 *heures*. — T. 37, 1. — Mêmes soins.

4 *heures apres midi*. — T. 37, 4.

7 *heures*. — T. 37, 4.

7 *heures* 3/4. — Cathétérisme, lavage et nettoyage.

10 *heures*. — T. 37, 2.

25 novembre

8 *heures du matin*. — T. 37, 2.

11 *heures* 1/2. — T. 37, 1.

11 *heures* 3/4. — Pansement à l'acide borique.

4 *heures* 20 *m*. — T. 38. — Cathétérisme.

8 *heures* 1/4. — T. 38, 7. — On constate des taches rougeâtres sur le corps, particulièrement sur la poitrine et les membres supérieurs.

10 *heures*. — T. 38, 5.

Minuit. — T. 38, 3. — Durant cette nuit on commence à faire des injections de chloral et d'acide phénique. On lave toujours le vagin à l'acide borique.

26 novembre

2 *heures du matin*. — T. 38, 3.

5 *heures* 1/2. — T. 38, 2.

7 *heures* 1/2. — T. 38, 4.

9 *heures* 3/4. — T. 38,8.

11 *heures* 3/4. — T. 39,4.

1 *heure après midi*. — T. 39,5.

3 *heures*. — T. 39,6. — Toute la journée la malade a eu des vomissements contre lesquels les injections et les mixtures anti-émétiques n'ont eu aucun effet.

6 *heures*. — La malade est à toute extrémité.

Comme nous l'avons rapporté et comme nos confrères ont pu l'observer en suivant attentivement l'observation clinique journalière ci-dessus, l'opérée fut dans un état apyrétique complet et de bien-être relatif du 15 novembre, jour de l'opération, au 22 du même mois. La température n'atteignit 38° que dans la soirée du 16, jour qui suivit l'opération, et les dépassa dans les deux derniers jours de la maladie.

Un seul fait de quelque importance fut observé pendant les

premiers jours, ce fut la fétidité d'abord légère, puis plus intense, des sécrétions qui sortaient du tube à drainage.

Les lavages désinfectants continus avaient réussi à la faire complètement disparaître, quand, à l'angle inférieur de la plaie abdominale, apparut une tache blanchâtre, puis ulcérée, fétide, suivie de la nécrose des tissus correspondants au niveau de l'insertion des muscles droits.

Tous les moyens employés ne servirent à rien; la nécrose gagna, de proche en proche et en peu de jours, les bords de la plaie déjà complètement cicatrisée par première intention. Les points de suture se détachèrent et le ventre se rouvrit largement, pendant que les phénomènes d'infection générale marchaient à pas de géant.

Une fièvre septique, violente et rapide, enleva toute espérance de guérison et la malade, presque arrivée au port, dut faire misérablement naufrage.

Comment a pu se produire l'infection? Deux voies seules ont pu faire pénétrer le germe meurtrier dans le torrent circulatoire et empoisonner l'organisme.

1° Dans la nuit du 19, la malade eut des évacuations alvines qui s'infiltrèrent sous le pansement de Lister et souillèrent la plaie. Ceci fut constaté à 3 heures 1/2 du matin par les personnes présentes, qui enlevèrent aussitôt le pansement, nettoyèrent et désinfectèrent la plaie et renouvelèrent l'appareil. C'est au point le plus déclive de la plaie abdominale et le plus proche des organes excréteurs qu'apparut la première tache. Là se fit le premier point de nécrose, d'où partit indubitablement l'étincelle qui provoqua l'incendie et le désastre.

2° La seconde hypothèse, qui puisse avoir quelque probabilité, en tenant compte de ce que signalent les plus habiles opérateurs, réside dans la stagnation possible des matières infectantes se faisant jour ou développées au niveau de la réunion des deux tubes à drainage figurant un angle et croisés en T dans la cavité abdominale, en rapport précisément avec l'angle inférieur de la plaie abdominale. En ce point, on faisait des irrigations désinfectantes fréquentes, sages et habilement

faites, un foyer infectant imperceptible aurait pu se produire et, en raison de l'occasion favorable, se répandre et produire l'infection.

Il y aurait lieu de conserver quelque doute au sujet de cette hypothèse, car les sécrétions du tube, dès les premiers jours, furent fétides et restèrent telles (plus ou moins) jusqu'au développement de la plaque gangréneuse.

Une raison sérieuse militerait en faveur de la première hypothèse, c'est que les premières manifestations locales de l'infection et ses conséquences (pustules, taches, érysipèle, gangrène, nécrose, etc.), se produisirent sur la surface cutanée, au lieu de naître de la tunique séreuse ou péritonéale.

Quelle que soit la cause, il reste amplement démontré, ici comme dans les cas semblables de graves opérations et particulièrement dans celles qui intéressent la cavité péritonéale, toutes les précautions, quelque minutieuses et délicates qu'elles soient, ne sont jamais trop grandes.

L'examen fait avec le docteur *Novaro* (auquel j'ai à cœur d'adresser mes plus sincères remerciements pour sa coopération efficace et son habileté bien prouvée de chirurgien expérimenté dans les moments les plus graves de l'opération) deux ou trois jours avant la mort, permettait de reconnaître que la plaie vagino-péritonéale était en bonne voie de cicatrisation progressive : tout en somme faisait espérer une heureuse issue, quand un accident malheureux et inattendu vint détruire toute espérance, tout effort et toute satisfaction....

Sur la nature de la tumeur, nous n'avons rien à ajouter à la parole si autorisée du professeur *Victor Colomiatti*, qui eut l'obligeance d'examiner l'utérus. Voici ce qu'il en dit :

« Savant collègue,

« L'examen de la tumeur que vous avez bien voulu m'adresser, a donné les résultats suivants :

« *Description macroscopique. — Utérus et ovaires*, — Sur le côté gauche on trouve l'ovaire et la trompe, moins le pavillon. Ils sont liés par deux nœuds de soie ; les mêmes nœuds relient en haut la trompe et les ligaments ronds. La coupe a

épargné une certaine quantité de tissu sur le côté du corps et du col de l'utérus. De même du côté droit. — Mais la trompe droite est complète.

« Sur la face antérieure, le péritoine a été sectionné transversalement au niveau de l'union des trois quarts supérieurs au quart inférieur du corps de l'utérus. Sur la face postérieure, le revêtement péritonéal manque à commencer du bas jusqu'à la limite inférieure du tiers supérieur du col. L'incision inférieure qui a détaché l'utérus du vagin est tombée sur l'origine des culs-de-sac. La hauteur totale de l'utérus mesure 11 centimètres.

« Le corps a une forme régulière et mesure, dans son diamètre transverse, extérieurement 52 millimètres. La lèvre antérieure du museau de tanche est amincie, mais du reste saine. La lèvre postérieure et les commissures latérales sont tuméfiées et ulcérées. L'ulcération est presque circulaire et a un diamètre d'environ 4 centimètres. Elle a l'aspect macroscopique de l'ulcération d'un épithélioma.

« L'utérus sectionné dans sa totalité suivant une coupe verticale médiane, dans la direction d'un plan antéro-postérieur, l'ulcération s'étend encore de quelques millimètres dans l'intérieur de la cavité du col, et le reste de la cavité est normal.

« Cette coupe sectionne une tumeur qui, de l'ulcération susdite, s'étend à toute l'épaisseur des parois latérales et postérieures du col de l'utérus, sur sa moitié inférieure.

« Cette tumeur a des limites nettes; elle est régulièrement globuleuse, de forme sphéroïdale, de la grosseur d'un œuf de pigeon ; elle a l'aspect macroscopique d'un épithélioma.

« *Examen microscopique.* La dilacération à froid de la tumeur permet de voir de nombreuses cellules épithéliales pavimenteuses; quelques-unes de celles-ci étaient disposées en couches concentriques, superposées les unes aux autres, et les coupes, dans la partie indurée, démontrent qu'il s'agissait d'un épithélioma de la portion vaginale du col de l'utérus, sous forme d'un noyau parfaitement circonscrit.

Turin, 28 février 1881,

« V. Colomiatti. »

Depuis notre opération, nous ne connaissons en Italie que deux autres cas d'extirpation totale de l'utérus par la méthode de *Bardenhauer*; celle de *Margary* exécutée un mois après (16 novembre 1880) à l'hôpital Saint-Jean de Turin, et celle de *Peruzzi*, exécutée à l'hôpital de Lugo, le 11 janvier 1881, avec une issue fatale pour toutes les deux. Sauf quelques légères modifications, le mode opératoire fut identique à celui qui vient d'être décrit.

En tenant un compte rigoureux de ces cas et en les comparant avec les résultats obtenus par le procédé *Czerny-Billroth* en Italie, il ne peut y avoir évidemment aucun doute sur le choix; et ce sont sans doute les résultats malheureux qui ont contribué à faire abandonner le procédé *Freund-Bardenhauer*, pour avoir recours à celui de *Billroth*, *Czerny* ou *Recamier* plus heureux et certainement moins grave, quoique peut-être plus difficile. Mais, si nous relevons avec soin les chiffres des premiers opérateurs, et particulièrement ceux de Bardenhauer au grand hôpital civil de Cologne, alors il reste un doute sur la préférence à accorder à l'un des deux procédés. Les cas alors connus de nous, de l'habile opérateur de Cologne sont au nombre de quatre, et tous furent couronnés de succès. Depuis cette époque jusqu'en 1881, *Bardenhauer* a opéré suivant sa méthode, en modifiant cependant le drainage, quatorze autres malades parmi lesquels, sept guérirent, trois moururent dans le collapsus dans les premières 24 heures, 3 succombèrent par péritonite diffuse due à la blessure des uretères ou de la vessie, et la dernière dut aussi la mort à une péritonite diffuse, le neuvième jour, pour insuffisance du drainage (1). Il ressort de cette statistique insuffisante que les résultats seraient presque contrebalancés. Nous remettons le jugement définitif à l'avenir et à une expérimentation plus étendue.

Cependant, pour conclure sur la valeur des différents procédés adoptés pour tenter la cure radicale de cette horrible

---

(1) *Die Drainirung der Peritonealhöhle.* — Chirurgische Studien, etc. von doctor Bardenhauer. — Stuttgart, 1881.

affection, regardée jusqu'alors comme incurable, nous dirons, jusqu'à preuve du contraire, que le procédé vaginal doit avoir la préférence sur le procédé vagino-abdominal, quoique le résultat soit le même, parce qu'il épargne un traumatisme dangereux à une zone péritonéale étendue. Les cas brillants et heureux de *Bottini* et de *Caselli* sont une preuve éclatante de ce que nous avançons. Sur six opérations, cinq guérisons.

DE L'ÉTIOLOGIE ET DU TRAITEMENT INTRA-UTÉRIN DES ANTÉ ET RÉTRO-DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

par le professeur K. Schroeder d'Erlangen.

Messieurs,

Le nombre des femmes en couches que vous avez eu l'occasion d'examiner dans le cours de ce semestre vous a montré que, dans l'accouchement, l'utérus se tient physiologiquement le fond dirigé en avant, de telle façon que ce n'est que par exception qu'il s'opère un simple changement de position, sans altération de forme.

Mais régulièrement, à cause de la flexion, la portion vaginale elle-même est déviée en arrière. Pourtant, dans bien des cas, le col conserve sa position normale dans le vagin ou bien se tourne seulement un peu en avant, et l'axe longitudinal du col forme un angle aigu avec celui du corps, ou se trouve à peu près parallèle, et l'antéflexion est déterminée au plus haut degré; vous avez pu, en outre, observer chez quelques femmes en couches, comment, à mesure que la réduction des organes s'accomplit, l'utérus se redresse graduellement, de manière que, d'une antéflexion très prononcée, il reste à peine, à la fin de la troisième semaine, une légère courbure sur la face antérieure de l'organe. Je vous ai fait remarquer plusieurs fois que, tandis que la rétroflexion se produit rarement dans les premiers jours

de l'accouchement, quoiqu'elle ait dans ce cas une signification pathologique importante, l'antéflexion, au contraire, doit être considérée comme un état physiologique, et, par cette raison, il n'est pas nécessaire d'en poursuivre le traitement.

Excepté dans le cas où une abondante sécrétion lochiale est amassée dans la cavité de l'utérus, cas que vous avez pu observer il y a quelques jours pour la première fois (ce fait ne va jamais sans quelqu'autre désordre qui l'accompagne), le principe ci-dessus s'applique presque sans restriction, pour les premiers jours de l'accouchement.

Mais on ne doit pas appliquer ce même principe en le généralisant à tous les cas d'antéflexion; parceque quand elle se trouve au plus haut degré dans des conditions non puerpérales, même sans autres complications, elle est presque toujours accompagnée de grands et importants désordres.

Pour arriver à la connaissance nette des changements de position de l'utérus, en avant ou en arrière, qui se produisent, même en dehors des couches, et spécialement pour établir un traitement rationnel et efficace, il est absolument nécessaire de connaître et d'exposer distinctement les différentes causes qui déterminent les différents changements.

D'autres, en exposant les déviations de l'utérus, font dériver le mouvement des moyens de fixation de l'utérus dans le bassin et font dépendre, par principe, tous ses changements de forme et de position du relâchement de certains ligaments. Quant à moi, je ne reconnais qu'en un certain sens l'importance de ces ligaments par rapport à la position normale de l'utérus, et je soutiens qu'ils influent très peu sur les déplacements en avant et en arrière, et que leur cause principale est dans l'utérus même.

Quoique on ait énuméré les moyens de fixation de l'utérus, il ne faut pas s'imaginer qu'il soit ainsi fixé dans le bassin comme on semble le croire. Il ne faut jamais oublier que tous ces ligaments de l'utérus ne sont pas si bien tendus qu'ils ne permettent à l'organe des mouvements très étendus, même quand ils ne sont pas relâchés d'une façon anormale. Ordi-

nairement les points d'attache des ligaments larges et ronds sont fixes, et ils empêchent les principaux et plus importants déplacements latéraux de l'utérus, tandis qu'ils n'empêchent pas du tout quelques déviations limitées dans cette direction. Les ligaments ronds eux-mêmes, tant qu'ils conservent la résistance normale, peuvent empêcher la rétroversion complète du fond, mais comme ils décrivent un arc et s'insèrent sur des parties molles extensibles, ils peuvent permettre les rétroversions même de haut degré, en étendant leur arc ou en déchirant les insertions. Les replis vésico-utérins et recto-utérins sont également de peu d'importance, parcequ'ils ne s'attachent pas fortement en avant ou en arrière des parois du bassin, mais joignent seulement l'utérus aux organes voisins. Les plis vésico-utérins dont l'office est de maintenir immobile la face antérieure du col avec la paroi postérieure de la vessie ne concourent pas à tenir l'utérus fixe dans le bassin; ils ne peuvent prétendre seuls à cette fonction, parce que les deux organes sont très voisins l'un de l'autre. C'est précisément pour cela qu'ils ne peuvent pas du tout empêcher un développement de l'utérus en arrière, une rétroposition, quand celle-ci entraînant la paroi postérieure de la vessie se porte avec le col en arrière; pourtant, cette rétroposition est un état transitoire physiologique qui se réalise chaque fois que la vessie étant très pleine, sa paroi postérieure est repoussée en arrière; les replis recto-utérins eux-mêmes — *m. retractor uteri* — ne peuvent fixer l'utérus, étant donné que leurs faisceaux se répandent latéralement au rectum, et, conséquemment, la plénitude complète du rectum porte en avant sa paroi antérieure et produit un déplacement considérable de l'utérus dans cette direction. En outre, ils peuvent en premier lieu empêcher une excessive plénitude de l'espace de Douglas, et comme conséquence un éloignement considérable et réciproque de la paroi antérieure du rectum et de la paroi postérieure de l'utérus, parois qui, pourtant, ne peuvent être séparées jusqu'à un certain point sans une forte tension de ces ligaments.

Donc, les ligaments utérins ne sont pas capables de tenir l'utérus immobile dans le bassin, et le vagin ne peut pas non

plus remplir cet office, car sa partie haute suit tous les mouvements de la portion vaginale du col. Par conséquent, l'utérus n'a pas du tout une position fixe dans le bassin et peut subir facilement des déviations latérales, sans compter les notables inflexions en avant et en arrière. Ces dernières, notamment, s'exécutent physiologiquement entre certaines limites; car, selon l'état de plus ou moins grande plénitude de la vessie et du rectum, il se trouve placé dans le petit bassin, tantôt plus en avant, tantôt plus en arrière.

Donc, puisque les susdits moyens de fixation de l'utérus ne sont pas aptes à le tenir dans une position fixe dans le bassin, ils pourront encore bien moins empêcher ses versions et ses flexions. Le ligament le plus important, sous ce rapport, est cependant le ligament rond. Il empêche cependant les rétroversions de haut degré, même dans les conditions normales, et de même, tant qu'il n'est pas anormalement relâché, il s'oppose à une chute complète de l'utérus en arrière. Mais les ligaments qui fixent le col n'ont aucune influence sur les versions ni sur les flexions; et, étant donné qu'ils s'étendent jusqu'à l'orifice interne du col utérin, le corps de l'utérus peut se fléchir en ce point, sans qu'ils soient altérés aucunement. Comme, dans les versions de l'utérus, le corps tourne autour d'un axe correspondant à l'orifice interne utérin, ce point demeure dans une position presque invariable; et, tandis que le fond se porte d'un côté, la portion vaginale se porte de l'autre. En somme, excepté le cas où l'utérus est augmenté de volume, il se porte toujours un peu en avant ou en arrière, et, de la sorte, les ligaments ne peuvent empêcher que les versions aient lieu.

La cause de la position normale de l'utérus, selon nous, ne doit donc pas tant s'attribuer à sa fixation au moyen des ligaments indiqués ci-dessus, qu'à l'ensemble de ses rapports avec les organes voisins. Je dois confesser que je considère comme inutile de savoir pourquoi cette position normale n'est sujette d'ordinaire à aucun désordre essentiel, de même que si on voulait savoir les motifs pour lesquels le rectum ne se pousse pas en avant. Contentons-nous donc d'apprendre à connaître la

position normale de l'utérus, sachant que, de même que pour les autres organes, l'état physiologique est maintenu par la continuité et la connexion avec les autres organes voisins, jusqu'à ce que des altérations de l'organe même ou une force extérieure n'en change la position.

Après que la position et la forme normales de l'utérus vous seront connues, choses qu'on apprend au moyen de l'observation et pour lesquelles il faut s'éclairer de l'histoire du développement de l'organe, — œuvre excellente exécutée par M. B. Freund, — nous nous occuperons des causes qui produisent les changements de position et de forme de l'utérus lui-même.

Il est presque généralement reconnu de tous aujourd'hui que l'utérus est normalement antéfléchi et antéversé jusqu'à un certain point; il présente sur sa face intérieure une légère courbure et forme avec le vagin un angle émoussé. Donc, jusqu'à un certain point, le déplacement de l'utérus en avant n'est que physiologique. Maintenant on se demande quand le changement de forme et de position est assez prononcé pour être considéré comme pathologique.

Avant d'en venir à une réponse précise, pour éviter les équivoques et les explications répétées, nous devons nous entendre une bonne fois sur le sens dans lequel nous devons prendre les mots de version et de flexion. Vous savez que, dans les versions simples, la forme de l'utérus reste inaltérée, c'est-à-dire avec une légère courbure sur sa face antérieure, et vous savez aussi que, dans les simples flexions, la position normale du col, dans la paroi haute du vagin, est pareillement inaltérée et qu'il n'y a que le corps de l'utérus qui dévie, se pliant fortement ou exagérant sa courbure. Dans la pratique, la plus grande partie des cas sont ceux où on trouve la forme mixte. Ainsi, par exemple, souvent le corps de l'utérus, qui est incliné en avant, forme avec le col un angle aigu qui n'est plus normal, soit que le col soit dirigé, ainsi que l'orifice, vers la paroi postérieure du vagin, ou que le corps de l'utérus soit fléchi en arrière et l'orifice dirigé en avant. Nous avons, dans ces

cas, une combinaison d'antéflexion avec antéversion, de rétroflexion avec rétroversion. Admettant les flexions comme l'anomalie clinique la plus importante, je pourrais vous proposer de désigner comme flexions tous ces cas dans lesquels la forme de l'utérus n'est plus normale, sans tenir compte expressément de la version qui y est jointe, car la déviation de la portion vaginale, dans ce cas, n'a qu'une importance secondaire.

Donc, quand l'utérus est un peu fléchi sur sa face antérieure, la question suivante se pose : Doit-on considérer toutes les antéflexions, même du plus haut degré, comme physiologiques, ou si on n'admet pas cela, par la raison que de profonds désordres se sont produits par les flexions, quelle est la limite entre l'antéflexion physiologique et la pathologique? A mon avis, il est tout à fait inutile d'essayer de la déterminer d'après la grandeur de l'angle, parce que, en premier lieu, cet angle n'est jamais constant, même chez la femme, et dépend de la richesse vasculaire de l'utérus, de la pression abdominale et de la plénitude de la vessie; en second lieu, parce que ce qui, dans la pratique, peut exprimer l'état pathologique, c'est-à-dire la souffrance qu'il produit, ne dépend pas absolument du degré de la flexion. Il arrive que des flexions très légères, même sans autres complications, ont pour conséquences des désordres graves de l'état physiologique de l'organisme, et, d'autre part, quelquefois des antéflexions très fortes n'ont aucune conséquence pernicieuse. La chose devient encore plus complexe si nous réfléchissons que la réponse à cette question : — la flexion est-elle ou non un état pathologique ? — nous ne devons pas seulement la faire dépendre de la réalité des états morbides produits par l'altération de la forme, mais que nous devons aussi considérer comme pathologique celle qui empêche la plus importante fonction de l'utérus, c'est-à-dire la grossesse. De cette façon, nous sommes convaincus qu'un même degré de flexion qui, sans produire d'autres désordres, détermine la stérilité chez une femme mariée, doit être considérée comme pathologique; tandis que chez une femme nubile, chez laquelle nous ignorons si la flexion produira ou non la stérilité, la ré-

ponse sera beaucoup plus difficile à donner. Vous ne devez pas vous étonner de m'entendre dire que nous ne savons pas si la flexion produira ou non la stérilité; cela ne doit pas être pour nous le signe d'un faible diagnostic, mais au contraire vous devez toujours vous rappeler que ce que nous appelons cliniquement stérilité peut, par exception, consister dans l'impossibilité absolue de la conception. Mais, dans le plus grand nombre des cas, stérilité se dit d'une plus ou moins grande difficulté de conception. On ne doit donc pas être stupéfait si, accidentellement, une femme dont la stérilité vient de l'atrésie du col ou d'une flexion très accentuée, devient enceinte sans traitement. La conception n'était donc pas impossible, quoique très difficile. Appuyé sur ce principe, nous disons que, de deux femmes chez lesquelles la même cause de stérilité existe (conception non impossible, mais difficile), l'une concevra vingt ans après le mariage, l'autre dans les premières semaines.

Donc, la question de savoir si la fonction de l'utérus est empêchée par la flexion, c'est-à-dire si celle-ci est ou non d'un degré capable d'occasionner la stérilité, ne peut pas être décidée avec assurance pour la femme nubile. Nous croyons donc avoir raison de parler d'antéflexion de l'utérus aussitôt que nous voyons qu'il existe sur sa face antérieure une courbure plus prononcée qu'à l'ordinaire, mais de ne la désigner comme pathologique que quand nous devons lui attribuer de réels désordres dans la santé ou quand nous sommes obligés de déclarer qu'elle occasionne la stérilité.

Sans doute, il vous arrivera souvent de rencontrer un nombre considérable d'antéflexions de haut degré, sans qu'elles présentent aucun de ces symptômes. Elles se rencontrent beaucoup, d'ordinaire, chez les femmes en couches et aussi chez celles qui n'ont pas eu d'enfants. Je ne doute pas du tout de l'assertion de *Panas*, qui dit avoir trouvé l'utérus antéfléchi chez plus de la moitié des femmes syphilitiques qui n'étaient affectées d'aucune maladie de l'utérus et de ses annexes. Une flexion très légère est donc toute physiologique, et souvent quand elle est même un peu plus accentuée; de façon que les

flexions de haut degré elles-mêmes, qui ne produisent pas toujours des symptômes, peuvent être considérées plutôt comme une exagération de la conformation physiologique.

On ne peut révoquer en doute que les antéflexions soient les déviations utérines qui se voient le plus souvent, c'est démontré d'une facon spéciale par l'anatomie pathologique. Du reste, une part relativement petite de ces antéflexions tombe sous l'exploration gynécologique. Ceci est démontré par les susdites expériences de *Panas* sur les femmes syphilitiques et cela démontre le fait que d'ordinaire chez les jeunes filles qu'on a l'occasion d'explorer, on rencontre aussi des antéflexions prononcées. En outre, on doit déclarer que, dans la pratique de plusieurs gynécologues, les rétroflexions, qui régulièrement produisent des symptômes plus graves que les antéflexions sont celles qui se rencontrent le plus souvent : les antéflexions s'observent plus rarement par la raison qu'elles donnent lieu à des symtômes de peu d'importance, et d'autant plus rarement, que les femmes demandent moins fréquemment le secours de la médecine. En conséquence, de remarquables différences se présentent dans le nombre des cas d'anté et rétroflexions qui s'offrent à l'observation des gynécologues.

Dans les régions qui correspondent à un plus haut degré d'éducation, les femmes malades se laissent explorer à l'intérieur sans grandes difficultés, spécialement parmi la classe la plus aisée, dans laquelle les femmes ont recours aux spécialistes, on rencontre le plus souvent des antéflexions, tandis que parmi les femmes de basse condition qui consultent le gynécologue, non pas quand elles éprouvent une légère incommodité à la vessie ou un peu de dysménorrhée (choses qui arrivent spécialement dans les antéflexions), mais quand elles ont des hémorrhagies qui les épuisent, ou des douleurs lombaires excessives qui les empêchent de travailler, les rétroflexions sont plus fréquentes. Pour mon compte, j'ai observé que, dans la pratique privée, les antéflexions dominent, dans la polyclinique.

Cela s'explique, à mon avis, par ce fait que nous verrons bien-

tôt, que la pression de l'abdomen dans les travaux fatigants tend à déterminer des rétroflexions.

L'antéflexion congénitale qui se manifeste comme une exagération de la courbure physiologique, a ceci de particulier, qu'elle se rencontre chez les femmes qui n'ont point conçu, et que très souvent l'utérus ne perd pas ses conditions normales pas plus sous le rapport du volume que sous celui de la résistance des tissus. De plus, corps et col se tiennent entre eux suivant un angle presque constant, qui, à cause de la pression, s'élargit et se rapetisse un peu, et quand elle cesse revient à son état primitif. Dans des cas assez fréquents même chez des femmes qui n'ont pas eu de grossesses on trouve l'utérus antéfléchi et assez relâché de façon que le corps aux parois minces ne forme pas avec le col un angle constant. Dans ce cas, la cause de l'antéflexion peut être double ; en premier lieu elle peut s'être formée de la même manière que chez les mères (antéflexions desquelles nous nous occuperons plus loin) c'est-à-dire par le retour que fait l'utérus à sa position normale quand le relâchement cesse ; en second lieu, le relâchement peut être une conséquence secondaire de l'antéflexion. Il est plus facile de déterminer la cause des antéflexions des femmes nubiles, dans le cas où l'utérus est anormalement grossi et douloureux. Dans ces cas, il s'agit toujours d'une antéflexion congénitale qui secondairement seulement, c'est-à-dire, en général, comme conséquence de la dysménorrhée, a provoqué l'état susdit. C'est-à-dire que, dans un utérus augmenté de volume, l'antéflexion ne peut se produire que lorsqu'il existe déjà un angle de ploiement ; au contraire, quand l'utérus devient très vasculaire et surtout quand l'épaisseur de ses parois augmente, l'angle disparaît, il se forme une simple antéversion. Mais nous reviendrons là-dessus. Ces antéflexions dans l'utérus de femmes n'ayant pas conçu sont très fréquentes et sont dues, dans la plus grande partie des cas, à un état congénital. Parmi 77 cas d'antéflexion presque la moitié, c'est-à-dire 37 ont été trouvés par moi chez des femmes nubiles. Seifert en trouve au contraire 57 sur 73.

En dehors de ces cas qui présentent une exagération congénitale de la conformation normale, il se produit une autre catégorie d'antéflexions qui se présente chez les mères et souvent chez celles qui ont eu plusieurs grossesses à court intervalle. Chez celles-ci, la cavité de l'utérus est souvent augmentée et le corps ne reste pas avec le col en connexion résistante, mais est sujet à se plier au niveau de l'orifice interne comme une articulation, même dans les degrés les plus prononcés, la main peut porter le corps en arrière jusqu'à le faire tomber dans l'espace de Douglas, ce qui donne lieu à la rétroflexion la plus accusée. Ce même corps de l'utérus se présente, dans ces cas, sous des formes variées ; ou il est simultanément relâché et à parois minces, de façon que, même dans les conditions les plus favorables, on n'en sent que difficilement le parenchyme mou, au moyen de l'exploration combinée, ou le corps présente une épaisseur plus grande, il est gonflé et très douloureux, et la région de l'orifice interne est seule assez relâchée pour que la flexion se détermine bien plus facilement par le poids accru du corps de l'organe. Dans ces cas il s'agit de deux formes différentes d'une involution puerpérale mal accomplie. La première se trouvera spécialement chez les femmes de constitution débile, qui ont eu des grossesses très rapprochées et souvent ont eu des couches difficiles; chez celles-ci, l'utérus opère incomplètement son involution. La seconde forme arrive de préférence aux femmes d'humble condition qui abandonnent le lit peu de jours après les couches et reprennent tout de suite leur pénible travail ordinaire, de même que chez les femmes chez lesquelles l'involution est enrayée par des inflammations de l'utérus et de ses annexes. L'utérus est antéfléchi dans ces cas parce qu'il conserve la position physiologique qu'il prend dans les premiers temps des couches, attendu que le tissu relâché dans la région de l'orifice interne n'est pas capable de faire relever le corps déjà fléchi sous la pression abdominale. La flexion est encore rendue plus facile par le poids anormal du corps de l'utérus. Du reste, l'utérus, dans les premiers mois de la grossesse, offre le meilleur exemple de ces derniers cas. L'organe est alors for-

tement dirigé en avant de sorte que la pression intra-abdominale s'exerce sur sa paroi postérieure tandis que l'orifice externe se trouve régulièrement un peu vers le sacrum, parce que le col relâché se plie facilement au niveau de l'orifice interne. La prédisposition à l'antéflexion est due dans tous ces cas, au relâchement de l'organe entier, ou au moins de l'isthme et, d'autre part encore, au moins dans les degrés les plus accentués, au relâchement des parois vésicales et de la paroi antérieure du vagin. C'est la pression abdominale qui cause l'inclinaison du corps de l'utérus en avant.

Ces catégories forment ensemble le plus grand nombre des antéflexions. Elles sont congénitales ou se produisent quand l'utérus, à la suite de plusieurs couches successives conservant son anté-courbure normale, perd sa résistance physiologique, et quand les tissus au niveau de l'orifice interne deviennent si mous que la pression intra-abdominale suffit pour fléchir en avant le corps de l'organe. Les cas où le fond est fixé en avant par des adhérences périutérines sont, sans comparaison, moins fréquents, et l'anamnèse et le cours de la maladie démontrent qu'il s'agit d'une déviation secondaire, comme ces autres cas dans lesquels de petits fibroïdes anté-fléchissent l'organe par leur poids.

Dans cette revue, je n'ai pas mentionné les anté-flexions de fraîche date, qu'on remarque dans l'accouchement, parce-qu'elles ne donnent pas lieu à des déviations durables. Il faut simplement expliquer comment elles se forment. Quand l'organe contient le fœtus, la pression de l'abdomen s'exerce sur sa paroi postérieure; mais, à peine le fœtus est-il sorti, que cette même pression abdominale qui s'exerce sur la paroi postérieure de l'utérus, pousse celui-ci déjà diminué de volume vers la symphyse, de manière que la paroi antérieure de la matrice s'appuie sur la voûte vaginale antérieure. Peu à peu seulement, la réduction de l'organe progressant de plus en plus, il reprend la direction primitive, les relations normales entre le corps et le col reviennent et l'ancienne tension de l'isthme se rétablit.

Autant les anté-flexions sont fréquentes, autant sont rares les

antéversions pures, c'est-à-dire ces cas où l'utérus se dirige franchement en avant et ne présente aucune, ou seulement une très légère courbure sur sa face antérieure ; eu égard à leur étiologie, je dois vous répéter ce que *Saxinger* aussi a remarqué, qu'elles ne se produisent que quand l'utérus est augmenté de volume et d'épaisseur dans ses parois. Si le parenchyme de l'organe est normalement ou anormalement relâché, l'antéflexion qui existe déjà, la courbure physiologique de l'utérus sur sa face antérieure croit un peu, c'est-à-dire que l'antéflexion augmente ; mais si l'utérus est rigide et tendu, surtout si l'épaisseur de ses parois est augmentée, lorsque le fond se dirige en avant, la portion vaginale qui lui est adhérente dévie en arrière, ce qui donne lieu à une antéversion pure. Celle-là se présente donc chez les femmes qui n'ont pas eu de grossesses et chez lesquelles l'utérus est sain. J'ai vu deux fois une antéversion simple chez des femmes nubiles : tous ces cas se présenteront chez des personnes absolument hystériques au commencement de leur quarantième année. Chez les deux malades, l'utérus était le siège d'une métrite avec augmentation de l'épaisseur des parois, de façon que le poids du corps s'était accru. Dans l'un des cas, l'augmentation de volume de l'organe était d'un peu plus de huit centimètres. La paroi vaginale était poussée en avant par le corps dur et épais de l'utérus, à la droite duquel il y avait une infiltration paramétritique qui rendait les mouvements de la matrice difficiles. Elle était fortement antéversée sans aucune trace de flexion ; dans l'autre cas, l'instrument pénétrait jusqu'au bout dans l'utérus, qui était remarquablement épaissi, douloureux et à un assez haut degré antéversé. A droite du fond, il y avait un fibroïde gros comme un œuf de pigeon, dur et un peu mobile.

Le plus grand nombre des antéversions se rencontre chez les femmes un peu avancées en âge (souvent après l'âge critique) qui ont eu beaucoup de couches et dont l'utérus est relâché et mou, mais accru de volume, spécialement épaissi des parois et douloureux. Il s'agit dans ces cas d'un arrêt d'involution de l'organe, quoique d'autres puissent d'ordinaire diagnostiquer

hypertrophie de l'utérus. Aussi ils se produisent de préférence chez des femmes d'humbles conditions, chez qui, à cause des fortes fatigues, l'abdomen est tendu outre mesure, souvent et d'une façon prolongée. Chez elles le corps de l'utérus déjà augmenté de poids se pousse d'autant plus facilement en avant que, en conséquence des couches précédentes et de l'âge mûr, il se produit de plus un relâchement de la paroi postérieure de la vessie et de la paroi antérieure du vagin. Ces cas sont donc analogues à ceux déjà mentionnés quand nous avons parlé de l'antéversion. Si une antéflexion ou une antéversion doit se produire, cela dépend donc uniquement des conditions de l'isthme. Si le corps est seulement épaissi au-dessous de l'orifice utérin interne, et si les tissus qui entourent ce dernier sont relâchés, il s'en suit une flexion ; mais si tout l'utérus est uniformément épaissi, cela amène la version.

Le moment étiologique le plus essentiel à la détermination d'une version pure est l'épaississement du parenchyme utérin. Je l'ai observé directement une fois chez une femme dont l'utérus antéversé et épaissi fut à la suite d'une hémorrhagie abondante immédiatement sujet à la flexion.

Comme une déviation de l'utérus en avant est, jusqu'à un certain point, un fait normal pour cet organe, il n'est pas utile de vous en entretenir. Mais il faut expliquer la façon dont se détermine sa déviation en arrière, qui est toujours pathologique. Excepté les cas spéciaux où l'utérus est tiré ou poussé en arrière par des adhérences ou des tumeurs, je suis convaincu que la pression abdominale exercée sur l'utérus qui n'est plus placé normalement est la cause des déviations postérieures les plus exagérées. C'est-à-dire que, tandis que dans la position ordinaire de l'organe l'abdomen presse sur sa face postérieure et en conséquence la pousse en avant, quand, au contraire, l'utérus est anormalement perpendiculaire ou un peu incliné en arrière, la direction de la pression abdominale peut tomber sur sa face antérieure et alors le corps se trouve poussé en arrière.

Une telle position peut être déterminée par plusieurs rai-

sons, parmi lesquelles la principale semble être la réplétion anormale de la vessie, c'est-à-dire que, si celle-ci est trop pleine alors, comme on le voit dans les expériences de *Saxinger*, le corps de l'utérus est poussé en arrière. Une grande réplétion du rectum peut aussi peut-être pousser le col de la matrice si fort en avant que la pression de l'abdomen tombe sur la paroi antérieure de l'utérus. Il est facile de comprendre (quoiqu'il ne soit pas à ma connaissance qu'on ait fait à ce sujet des observations sûres), que la direction susdite arrive plus facilement quand le bassin est peu incliné que quand l'inclinaison est exagérée.

Si par un hasard facile à constater, il se produit un déplacement de l'utérus en arrière, en raison duquel la pression abdominale vienne à tomber sur la face antérieure de l'organe, alors nous pourrons dire que dans les utérus très résistants il se produira une rétroversion tandis que, au contraire, ce sera une rétroflexion dans les utérus qui présentent un parenchyme et des ligaments ronds très relâchés. Nous examinerons en particulier l'un et l'autre cas.

Comme nous l'avons déjà dit, une rétroversion peu accentuée se produit assez souvent mais n'est pas durable, parce qu'elle cesse avec la disparition des raisons qui l'ont occasionnée. Mais si la pression de l'abdomen a été assez forte et assez répétée pour déterminer une forte rétroversion, alors l'utérus subit la pression abdominale sur toute sa face antérieure, et la déviation devient constante. Les ligaments ronds n'ont qu'une très faible influence pour empêcher la rétroversion, et si elle devient permanente, les ligaments sont si allongés par le tiraillement que, petit à petit, l'utérus peut se dévier en arrière autant qu'on veut. De l'état de l'utérus, dépend alors uniquement la question de savoir s'il s'en suivra une rétroversion ou une rétroflexion. C'est-à-dire que la première ne se forme pas seulement dans les utérus augmentés de volume et à parois épaisses, mais même quand l'organe conserve sa tension physiologique, et c'est pour cela qu'elle est plus fréquente que la simple antéversion, car si l'utérus est en position normale,

dans ce dernier cas, alors, étant poussé un peu plus en avant; la courbure physiologique déjà existante s'augmente et il se forme une flexion. Si ensuite l'utérus est dirigé un peu en arrière, alors le tissu résistant de l'organe sain s'oppose à un excès de courbure pathologique sur sa face postérieure et alors une simple rétroversion a lieu. De sorte que, quand ce cas se présente, les relations normales du corps avec le col restent les mêmes.

Ainsi l'orifice utérin se dirige vers la symphyse et de cette façon, même dans l'utérus rétroversé, l'antéflexion (physiologique) se conserve, au moins dans une certaine mesure. Donc, dans les conditions exposées ci-dessus, les rétroversions arrivent quand le parenchyme utérin est normal ou épaissi, les rétroflexions au contraire quand les parois de la matrice sont relâchées.

En conséquence, faisant abstraction des cas fréquents dans lesquels le fond de l'utérus est tiré en arrière par des adhérences ou tumeurs, les rétroversions se produisent accidentellement chez des femmes qui n'ont pas eu de grossesses, dont l'utérus d'autre part est assez normal (ainsi j'observai une fois cette espèce d'altération de position de l'utérus à un degré très prononcé, chez une demoiselle de 18 ans, vierge et absolument saine, qui se laissa explorer pour se soustraire au soupçon de grossesse); cependant le plus grand nombre se rencontre chez les femmes mères, dont l'utérus est un peu augmenté de volume et épaissi. Dans deux de ces cas, en conformité de ce que j'ai dit, j'ai pu observer, tandis que l'organe n'était pas résistant, mais relâché, le passage de version en flexion. En outre, il est facile d'expliquer comment une rétroversion est possible dans le second ou le troisième mois de la grossesse (je vous prie de bien vous le fixer dans l'esprit, c'est exceptionnel), comme on en voit le dessin dans l'atlas topographique anatomique de Braun, dans lequel on voit une rétroversion liée à une légère flexion occasionnée par le ramolissement de l'utérus en état de gestation.

Les rétroflexions sont bien plus fréquentes que les rétrover-

sions (sur 90 rétroflexions, j'ai compté seulement 26 rétroversions simples). La rétroflexion se forme très naturellement quand le parenchyme utérin et les ligaments ronds sont relâchés; et elle a une importance d'autant plus grande que, quand la flexion est formée, il n'est pas pas possible, sinon par exception, d'y appliquer une thérapeutique naturelle, au moins jusqu'à ce qu'une grossesse intervienne. Parmi les déviations de l'utérus en avant ou en arrière, la rétroflexion est celle qui a la signification pathologique la plus importante, en tant que s'opposant le plus à l'état normal; selon mon expérience, elle n'est jamais congénitale, et elle ne se rencontre jamais chez les femmes jeunes sans enfants. Les rétroflexions s'observent (toujours en faisant abstraction de celles formées par adhérences ou tumeurs), sous deux formes principales: l'une chez les femmes sans enfants qui ordinairement souffrent de leucorrhée, et chez lesquelles le parenchyme de l'utérus est relâché.

D'après mon observation directe, elle se forme par suite du relâchement de l'isthme dû à la rétroversion, qui doit s'être produite de la façon décrite ci-dessus. Elle se rencontre bien plus souvent chez les femmes de basse condition, obligées à de dures fatigues. Dans le plus grand nombre des cas elle dérive des des couches. Je vous prie de remarquer que, pour l'intelligence de l'étiologie des flexions, il est important de savoir que dans les premiers temps des couches il ne se forme pas de rétroflexions, mais régulièrement des antéflexions, et ceci, comme des déviations transitoires, mais que, quelques semaines après les couches, il se forme des rétroflexions relativement fréquentes et persistantes. Immédiatement après l'accouchement, comme nous l'avons remarqué, la pression de l'abdomen agit sur la paroi postérieure de l'utérus qui se trouve poussée en avant. De même la vessie qui ne peut faire dévier en arrière l'organe encore grossi et lourd, le pousse seulement tout entier un peu au-dessus et en arrière. Donc, étant donné que la paroi postérieure de l'utérus heurte contre la colonne vertébrale, il ne peut s'y déterminer une rétroversion remarquable et encore moins une flexion d'une espèce quelconque. Jusqu'à la fin de la

première semaine et même dans la première moitié de la seconde après les couches, ce serait une grande rareté s'il advenait des rétroflexions. A partir de la troisième semaine, elles se réalisent très fréquemment. Si dans cet intervalle de temps, l'utérus n'est pas bien revenu à la forme primitive, mais est resté relâché, et si accidentellement il penche un peu de côté, par les motifs que nous avons indiqués plus haut, alors il se fléchit, surtout si la pression abdominale accrue anormalement par suite de fatigues graves, de constipation ou de toux chronique, le laisse aller complètement en arrière de façon à ce qu'il s'enfonce dans l'espace de Douglas.

Une fois qu'il y est, il y reste, excepté les cas très rares dans lesquels il est tiré en avant par des adhérences inflammatoires ou par des tumeurs. La raison en est que rien ne peut le faire se relever et que les ligaments ronds sont trop relâchés et aussi trop faibles pour le soulever, excepté à l'époque de la conception. Alors l'utérus, sans se corriger de sa rétroflexion, augmente de plus en plus de volume peu à peu, jusqu'à ce qu'il devienne trop gros pour être contenu dans le petit bassin. Vers cette époque l'avortement survient ou bien l'utérus gagne la hauteur du grand bassin, non pas parce qu'il est tiré en haut par les ligaments, mais par le seul fait mécanique; si l'utérus contenant le fœtus occupe le petit bassin, et que l'avortement ne survienne pas, alors la paroi antérieure de l'organe, qui est dirigée en haut, se développe dans le grand bassin, de cette façon l'utérus continue à croître de manière qu'au bout de quelque temps il ne reste plus dans le petit bassin que sa plus petite partie, la plus grande avec le fœtus est au-dessus de lui ; le poids de cette dernière portion devenant toujours plus important tire alors peu à peu l'utérus en avant jusqu'à ce que la partie située dans le petit bassin soit, elle-même, tirée dehors.

Excepté le cas que nous venons de décrire, il n'est guère possible que l'utérus rétrofléchi assez fortement pour tomber dans l'espace de Douglas puisse se relever spontanément. De sorte

que cette espèce de rétroflexion doit être considérée comme un état permanent.

Je pourrais attirer votre attention sur une autre forme assez fréquente de rétroflexion qui est très importante dans la pratique journalière ; c'est-à-dire cette rétroflexion produite par une réduction de l'utérus mal exécutée. Dans ce cas, l'organe se plaçant en dehors de l'orifice vaginal, dans la direction de l'axe de sortie du bassin, le fond tentant de le reporter dans cette direction, heurte bientôt contre la paroi du bassin. S'il ne s'arrête à cet obstacle ou s'il ne cherche une autre direction, alors, continuant encore avec force à vouloir replacer l'utérus, celui-ci se fléchit dans la région de l'orifice interne. Et quand bien même on emploierait des moyens de rétention, l'utérus resterait quand même rétrofléchi. Alors le pessaire n'est même pas supporté, par la raison qu'il presse en arrière contre la matrice elle-même. Si on ne le change de place immédiatement, il s'en suit des inflammations de l'organe, para et périmétrite. Vous pourrez vous rappeler comment, depuis le commencement du semestre, vous vous êtes accordé avec moi pour le diagnostic d'un cas dans lequel ce processus s'est vérifié. Il s'agissait d'une femme de 65 ans, qui souffrait depuis 28 ans d'un prolapsus qui avait été réduit depuis 14 ans. L'application d'un anneau qui la fit beaucoup souffrir, causa une inflammation dans le petit bassin qui l'obligea à rester au lit huit semaines. Elle avait la paroi antérieure du vagin fortement relâchée, le vagin très court, la portion vaginale du col n'était pas séparée de la symphyse, la lèvre antérieure avait disparu. Tout le reste du bassin était occupé par une tumeur volumineuse et résistante, qui de tous côtés touchait aux parois du bassin, et, en arrière seulemeut et à gauche, laissait un espace pour le rectum. L'utérus était rétrofléchi au milieu de cette tumeur. Évidemment quinze ans avant, quand on voulut le réduire, l'organe se rétrofléchit, si bien que l'anneau qui empêchait le prolapsus et faisait une pression sur la matrice, détermina une forte inflammation, entre les produits de laquelle l'utérus resta enchassé dans sa nouvelle position.

Je pourrais ajouter encore quelques mots sur les modifications des déviations de l'utérus, et sur la manière dont une anomalie donne naissance à une autre, manière à laquelle, jusqu'à présent, on a accordé peu d'importance. On a fréquemment l'occasion d'observer de semblables modifications quand on a examiné des femmes pendant des années. Ainsi, assez souvent, il arrive que des antéflexions de haut degré, déterminées par le relâchement de l'utérus après l'accouchement, donnent naissance à des rétroflexions, si par hasard le corps de l'utérus est assez poussé en arrière pour que la pression abdominale s'exerce sur sa paroi antérieure; justement, dans ces cas, dans la région de l'orifice interne, l'utérus est si relâché qu'il peut être fléchi par la susdite pression, soit en avant, soit en arrière; mais, par le même mécanisme, j'ai vu surgir une rétroflexion d'une antéversion, quand l'enflure de l'organe se dissipa. Dans d'autres cas, la direction de l'utérus varie d'une manière constante, la plupart du temps, je crois que cela arrive quand un fibroïde a son siège dans le corps de la matrice relâchée, lequel fibroïde fait dévier l'organe tantôt en avant, tantôt en arrière. Je me souviens de deux cas typdiques dans lesquels la déviation de l'utérus pouvait se modifier comme on voulait; il restait antéfléchi ou rétrofléchi selon qu'on le plaçait artificiellement dans l'une ou l'autre position.

Dans quelques cas, on peut observer des modifications de cette sorte,comme conséquence de l'existence ou de la disparition d'exsudats paramétriques ; les adhérences intra-péritonéales sont dans tous les cas de plus longue durée, de telle sorte que utérus n'abandonne qu'exceptionnellement la position dans laquelle il était fixé. Les extra-péritonéales pourtant sont susceptibles d'une réabsorption si facile et si complète, que l'organe après quelques semaines reprend son ancienne position. Ainsi je me rappelle un cas dans lequel l'utérus augmenté de volume et antéversé fut tiré en arrière et à droite par une paramétrite, de telle sorte qu'il resta fortement retroversé ; et plus tard, quand la paramétrite et la métrite furent terminées, il se détermina

dans l'organe, alors tout à fait relâché, une antéflexion de haut degré.

Dans un autre cas, l'utérus était fixé en arrière avec une rétroversion exagérée, mais, après deux mois, grâce à l'usage de l'iodure de potassium, il redevint mobile et, après quatre mois de plus, il devint antéfléchi. Dans un troisième cas, l'utérus, légèrement rétrofléchi, était fixé en arrière et à gauche, mais après la réabsorption de l'exsudat il redevint antéfléchi.

Bien plus souvent, l'utérus est sujet à changer de position par l'intervention de la grossesse. Si l'organe étant depuis longtemps en antéversion, la grossesse survient, elle procède ordinairement d'une façon désordonnée ; dans d'autres cas, elle s'interrompt prématurement, ou bien il se détermine dans le début une déviation si exagérée que les malaises qui en résultent du côté de la vessie atteignent un degré insupportable.

Immédiatement après l'accouchement arrrive l'antéflexion physiologique des couches. Mais je suis intimement convaincu que celle-là, au moins pour deux cas que j'ai observés, peut, avec le temps, donner lieu à une position tout à fait normale, de telle sorte que, une antéflexion congénitale peut cesser par l'intervention d'une grossesse.

L'état de l'utérus rétrofléchi est intéressant durant la gestation. Il n'est pas rare que la fécondation spontanée se produise malgré la rétroflexion accentuée chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants. La rétroflexion de l'utérus gravide, avec des phénomènes d'enclavement, est un fait extraordinairement rare ; l'avortement arrive bien plus fréquemment ; mais ordinairement l'utérus rétrofléchi se redresse spontanément de la façon décrite ci-dessus, s'élève sur le promontoire et la grossesse continue de la façon ordinaire. Dans l'accouchement intervient d'abord régulièrement l'antéflexion et l'utérus, durant le cours de de l'involution, peut par hasard reprendre la position normale, mais ordinairement la rétroflexion reparaît avec le temps. Par cette raison, les situations les plus différentes dans la position de l'utérus sont déterminées par des fécondations répétées, comme on peut le constater chez les femmes qu'on a eu l'occa-

sion d'explorer fréquemment pendant longtemps. Je veux vous rendre évidentes ces différentes déviations de l'utérus au moyen de deux exemples.

Une de mes malades, qui après deux couches précédentes conçut avec un utérus rétrofléchi d'une manière chronique, eut dans le quatrième mois de la gestation des phénomènes d'enclavement, mena sa grossesse à terme après une réduction artificielle de l'utérus qui revint après l'accouchement en rétroflexion. Devenu enceinte de nouveau elle courut le danger d'avorter au troisième mois. Après la réduction de l'utérus, celui-ci se porta fortement en avant et dans le cinquième mois seulement la femme avorta d'un fœtus robuste et sain; dans les premiers jours de l'accouchement l'utérus était dirigé en avant, au huitième jour, il se rétrofléchit encore. Devenue encore une fois enceinte, au quatrième mois apparurent encore une fois des phénomènes d'enclavement. Après la réduction, la grossesse continua normalement jusqu'à terme et l'utérus qui, dans les premiers jours des couches était antéfléchi, au douzième jour redevint rétrofléchi.

Une autre femme qui avait accouché sept fois à terme et trois fois prématurément était en danger d'avorter au troisième mois à cause de la rétroflexion complète de l'utérus. La réduction, une fois faite, elle donna le jour au cinquième mois seulement à un fœtus vivant. La rétroflexion reformée, elle conçut une autre fois et accoucha encore normalement. L'utérus était antéfléchi au 9me jour des couches, mais peu à peu, la rétroflexion reparut complètement. Devenue encore une fois enceinte, elle accoucha deux mois avant terme; pendant l'accouchement l'utérus était dirigé en avant et il n'y a pas de doute, quoique je n'en aie pas fait l'observation, que quelque temps après, l'utérus avait repris sa position rétrofléchie ordinaire.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS

Séance du 8 novembre. — Présidence de M. Henrot.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES. — AVORTEMENT PROVOQUÉ. — MORT.

Le 8 juillet 1882, je suis demandé près de Mme M..., tisseuse, âgée de 23 ans, femme d'une taille élevée, ayant toujours joui d'une excellente santé, et n'ayant jamais eu d'enfant.

Cette femme se dit enceinte de trois mois, et le toucher semble confirmer son assertion : en effet, le col cylindrique comme chez une primipare, offre un degré de ramollissement très appréciable, et le corps de l'utérus est sensiblement développé.

Depuis trois semaines environ, des vomissements se répètent sans cesse ; la malade ne peut ingérer ni solides ni liquides, sans les rendre quelques instants après, au milieu de crises gastralgiques très douloureuses.

Elle a reçu les soins d'un médecin, qui après l'administration de quelques boissons en poudres stomachiques, et l'application d'un vésicatoire volant sur l'épigastre, abandonne la patiente, et se refuse à la reconnaitre malade. C'est alors qu'elle réclame mes soins.

Je constate l'état de grossesse, l'absence de fièvre, et la malade accusant une constipation opiniâtre, je commence le traitement par l'administration d'une purgation légère.

Le surlendemain, je revois Mme M..., rien n'est changé dans sa position ; le purgatif est revenu tel qu'il a été pris, accompagné de vomissements peut-être un peu plus bilieux que d'habitude : la langue est belle, et l'anorexie est toujours complète.

Des lavements sont alors prescrits pour vaincre cette constipation, mais ils franchissent à peine l'anneau du sphincter, c'est-à-dire que le liquide revient au fur et à mesure qu'il est introduit et mis en contact avec la surface intestinale ; phénomène qu'un nouveau toucher vaginal explique par une sorte d'oblitération, d'aplatissement mécanique du rectum, sur lequel appuie l'utérus gravide.

Du 8 au 26 juillet, tous les genres de médication susceptibles

d'être employés contre les vomissements incoercibles dus à la grossesse, sont employés et sans le moindre résultat.

Le 26, je trouve Mme M..., dans un état plus grave que d'habitude. Elle a de la fièvre, une fièvre ardente; un teint terreux sur lequel tranche vivement une coloration rouge vif et limitée aux pommettes; les yeux sont grands, brillants, la respiration courte, fréquente, la parole difficile et saccadée; à la constipation a succédé une diarrhée incessante. et des sueurs profuses viennent compléter l'épuisement de la malade, qui se plaint en outre d'une petite toux sèche et fatigante.

De plus des battements artériels d'une grande puissance et analogues à ceux que fournit un anévrysme volumineux de l'aorte, sont perceptibles au simple contact de la main sur toute l'étendue de la paroi abdominale qui correspond au trajet de l'aorte. A la région épigastrique, le phénomène est encore plus accentué, il est en quelque sorte visible, et la malade se plaint vivement de l'incommodité qu'elle en ressent.

Je l'ausculte avec le plus grand soin, pensant trouver, dans quelques signes de granulie aiguë, l'explication de cette subite aggravation de l'état général, mais rien ne vient justifier cette appréhension.

Du sulfate de quinine administré à haute dose est bien supporté ce jour-là et les jours suivants, la glace l'est moins; la situation s'aggrave visiblement.

Le 29 en effet, je la retrouve tout aussi souffrante, l'amaigrissement a fait de rapides progrès, la malade peut à peine se lever, les vomissements continuent, et la fièvre n'a nullement cédé ni diminué; je réussis à décider Mme M... et sa famille à se présenter à la Société médicale, ce qui a lieu à la séance du 2 août.

M. le Dr Brébant touche la jeune femme, il constate la grossesse, un certain degré d'antéversion du col, et en plus et surtout un phénomène d'enclavement latéral généralisé du corps de la matrice, qui, largement développé par le produit de la conception, s'est en quelque sorte enkysté entre les parois latérales du petit bassin et a perdu ainsi toute espèce de mobilité.

Pour lui, la cause réelle de ces vomissements incoercibles, est non pas la grossesse elle-même, mais bien plutôt le développement anormal de la matrice par le fait de la grossesse, développement qui, au lieu de se faire facilement dans le sens de la hauteur, c'est-

à-dire en remontant vers le grand bassin, s'est produit surtout dans le sens latéral, et en comprimant fortement le canal osseux, puisque la matrice y est comme enkystée. D'où il conclut que le meilleur remède à apporter à l'état de choses existant, est de chercher par des manœuvres externes répétées, à relever et à repousser à l'aide du toucher l'utérus vers les parties supérieures, de façon à ce qu'il perde son immobilité et puisse trouver un lieu de développement plus aisé.

Il croit qu'au bout de trois ou quatre jours ce relèvement peut être obtenu, et qu'alors les accidents morbides peuvent cesser, la grossesse suivre son cours normal, et la malade revenir ainsi à la santé.

M. le Dr H. Henrot se range à l'avis de M. Brébant, mais il voudrait qu'en outre et en même temps qu'on emploierait les manœuvres externes conseillées, on cherche à soutenir et à relever les forces de la malade qui présente des phénomènes de fièvre hectique grave, qu'il rattache à un état urémique dû à l'autophagie.

La diarrhée, l'amaigrissement, les pulsations artérielles violentes que l'on perçoit sur le trajet de l'aorte abdominale, pulsations tellement évidentes qu'elles semblent sous-cutanées, tiennent, suivant lui, non seulement à la compression exercée dans le petit bassin par l'utérus anormalement développé, mais aussi à l'état d'épuisement causé par une inanition prolongée. — Il conseille de l'alcool et du phosphate de chaux.

Une discussion engagée sur le résultat possible des manœuvres conseillées par M. Brébant, amène les membres présents de la Société à conclure à la nécessité d'un avortement provoqué si dans deux ou trois jours la situation ne s'est pas améliorée.

Le 3 et le 4 août, ces manœuvres sont tentées et à trois reprises chaque jour ; l'utérus semble avoir recouvré un peu de mobilité, mais bien que la patiente ait pu prendre et conserver quelques morceaux de glace et un peu de vin de Madère, l'état général va toujours empirant.

Le 5, après une nouvelle tentative inutile faite le matin, je me décide, en désespoir de cause, à recourir à l'avortement, qui fut tenté l'après-midi avec le concours de mon confrère M. Louis.

Le manuel opératoire fut le suivant :

Un spéculum étant placé dans le vagin, une bougie en gomme assez dure et de moyen calibre est introduite dans le col, d'ailleurs parfai-

tement sain, et poussée graduellement et avec une grande lenteur dans l'utérus, puis la sonde étant laissée en place, le tamponnement du vagin avec de la charpie est pratiqué.

Le 6, j'enlève le tamponnement qui a été bien supporté, mais qui a amené une rétention complète et des urines et des matières fécales.

Après un catéthérisme vésical, une nouvelle bougie est remise à demeure dans l'utérus, à la place de la première, qui après mensuration faite, est trouvée avoir pénétré, en subissant une courbure très accentuée, de 16 à 17 centimètres au delà de l'orifice externe du col. Par ce dernier s'est écoulée un peu de matière glaireuse, filante, d'un rouge lie de vin ; mais il n'y a trace encore d'aucun travail effectif, et il ne s'est écoulé aucun liquide amniotique.

Le 7, je revois Mme M...., — le col présente un orifice plus appréciable, mais nullement dilatable ; la bougie mise en place la veille est sortie d'elle-même, soit par suite d'un mouvement de la malade, soit par contraction de la matrice, environ douze heures après son application — et elle n'a pas été réappliquée. Aucun symptôme d'expulsion fœtale, aucune douleur, aucune contraction utérines.

La malade a été enivrée la veille avec le madère ; son agitation est extrême ; le pouls bat d'une façon démesurée, l'émaciation semble avoir atteint son dernier degré ; l'intelligence est intacte.

Le même jour, 7 août au soir, M. H. Henrot m'accompagne obligeamment près de la malade. Il arrive avec peine à compter un pouls battant 160 fois par minute, et engage à reprendre le madère à dose plus modérée, tout en jugeant la situation comme absolument désespérée.

Le 8, à 5 heures du matin, on m'appelle en toute hâte.

Je trouve la jeune femme dans un état d'agonie bien manifeste ; le pouls bat d'une manière de plus en plus folle, la respiration est courte et précipitée, les yeux sont fixes, la bouche ouverte, l'intelligence n'existe plus; depuis deux heures elle a souffert de coliques très violentes, dont, à l'heure actuelle, elle ne semble plus avoir conscience.

En la touchant, je constate d'abord la perte d'un peu de sang noirâtre et poisseux, puis la présence dans le vagin d'une poche fœtale intacte qui arrive facilement à être tirée au dehors ; mais à ce moment un craquement très léger, une sorte de rupture, de déchirement se fait sentir.

Cependant cette poche extraite était bien entière, sans déchirures, de la grosseur du poing d'une femme, et contenait un embryon visible par transparence et déjà assez développé.

Ayant de nouveau introduit le doigt dans le vagin, je constatai l'engagement à travers le col d'une seconde poche fœtale analogue à la première, avec laquelle elle devait avoir une connexion assez intime, puisqu'elle avait donné lieu à cette sensation de rupture qui avait frappé mon attention.

La malade moribonde n'avait aucune notion de ce qui se passait autour d'elle ; la nature semblait avoir épuisé tout réflexe pour l'expulsion du premier fœtus, expulsion à laquelle j'avais dû, d'ailleurs, grandement contribuer, par la pression de la main gauche sur le fond de l'utérus, tandis que la droite pratiquait l'extraction par le vagin.

Aussi, l'expulsion de ce second fœtus, si elle ne fut pas impossible, ne put être terminée.

La poche était intacte, car par la pression extérieure sur la région utérine, elle bombait dans le vagin, et je sentais à merveille le corps de l'embryon sous la main vaginale; mais la mort étant survenue pendant ces manœuvres, je dus, cédant encore à la fatigue de la main droite, abandonner à mon grand regret, la terminaison de cet avortement gémellaire.

Quoiqu'il en soit, cette constatation d'une grossesse double, chez une primipare, jeune, mais de haute taille, à canal osseux par conséquent assez long, assez développé comme hauteur, me semble intéressante à signaler à plusieurs points de vue :

1° Elle explique l'enclavement, l'enkystement latéral de la matrice, signalé et reconnu par M. Brébant ;

2° Elle indique la cause bien manifeste des vomissements incoercibles, qui graduellement ont amené la mort de la malade ;

3° L'état des poches fœtales intactes l'une certainement, l'autre très probablement, puisque par la pression les eaux de la seconde bombaient dans le vagin, montre que le procédé d'avortement employé procédé de décollement, peut se faire sans danger pour la mère, s'il est tenté avec une lenteur et une prudence suffisantes ;

4° Cette observation permet de conclure que si l'avortement eût été pratiqué quinze jours ou trois semaines plus tôt, il est à croire qu'il eût eu un plein succès et eût sauvé la vie de la malade ; ce qui revient à dire, que dans certains cas bien déterminés de vomisse-

ments incoercibles dus à la grossesse il est à souhaiter que la pratique de l'avortement provoqué entre plus largement dans les mœurs médicales.

(*Union médicale et scientifique du Nord-Est*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE CINCINNATI.

TUMEUR FIBRO-CYSTIQUE DE L'UTERUS ET DES LIGAMENTS LARGES, présentée par M. le Dr WALLINGFORD.

Madame A., une femme de couleur, intelligente, avait toujours vécu et travaillé dans une ferme d'une plantation du sud. Elle était mère de quatre enfants vivants et en bonne santé. Le premier naquit lorsqu'elle avait 17 ans, le dernier lorsqu'elle en avait 24; depuis ce temps elle n'a plus été enceinte, ses règles étaient devenues très irrégulières et dans les deux dernières années elles avaient cessé tout à fait.

Il y a environ 2 ans qu'elle s'aperçut d'une petite tumeur juste au dessus du pubis et en quelques mois 2 autres apparurent dans la même région. Ces trois tumeurs semblaient être sur le même plan horizontal, elles étaient mobiles et tout à fait distinctes l'une de l'autre.

Lorsque au début la malade voulait se retourner dans son lit les tumeurs se déplaçaient d'un côté à l'autre, et elle était toujours obligée de les tenir avec les mains pour éviter la douleur que lui occasionnaient ces mouvements. Il n'y avait pas alors de sensibilité à la pression, mais souvent, au milieu d'un repos absolu, la malade ressentait de vives douleurs.

Au bout d'un an, les tumeurs n'étaient plus distinctes l'une de l'autre, mais semblaient s'être confondues et avaient amené un développement abdominal qui donnait à la malade l'apparence d'une femme grosse de 9 mois. Le travail, ou n'importe quel mouvement violent du corps lui était devenu tellement douloureux, qu'elle dût porter un bandage pour supporter son ventre. Ainsi protégée elle continua ses travaux dans les champs jusqu'à il y a quelques mois, où elle fut enfin forcée de les quitter et d'avoir recours à la science.

En l'interrogeant, je trouvai qu'elle avait toujours eu la meilleure santé, sans aucune trace de maladie héréditaire. Le pouls, la température et la respiration étaient à peu près normaux. Lorsque la pa-

tiente se coucha sur le dos, le ventre parut énorme, les parois étaient minces et tendues. La dyspnée était devenue presque intolérable, la fluctuation distincte partout dans la tumeur et par la percussion on obtenait de la matité, excepté dans la région des colons ascendants et transverses.

Il n'y avait pas d'aplatissement de l'abdomen ou de bombement des régions lombaires comme on l'observe dans les cas d'ascite. Ni la position, ni l'attitude que pouvait prendre la patiente, n'affectaient la forme ou le contour de la tumeur.

Une autre tumeur fluctuante aussi, de la grosseur du poing d'un homme, sortait de la vulve, la patiente s'en était aperçue depuis environ 10 mois. Après un examen sérieux, on trouva que c'était un prolapsus du péritoine pelvien, descendant dans le cul-de-sac postérieur du vagin et remplissant la paroi postérieure vaginale.

L'utérus était comparativement bas et en avant de la tumeur abdominale, le col était « patulans » et la cavité utérine quelque peu élargie mesurait 4 inches de long. Au moyen d'une longue sonde, l'utérus fut trouvé tout à fait mobile et en apparence indépendant de la tumeur.

En raison de l'énorme distension de l'abdomen, les organes internes ne purent pas être examinés aussi bien qu'il eût été désirable. Le diagnostic paraissait douteux entre un kyste de l'ovaire ou une ascite. Mais ce ne pouvait pas être un simple cas d'ascite parce que tous les signes physiques et les symptômes de cet état manquaient, savoir : l'aplatissement de l'abdomen, le bombement de la région lombaire, la résonnance intestinale, changeant selon la position du corps, en plus de l'absence antérieure d'aucune hydropisie. Il y avait bien un liquide dans la cavité péritonéale, c'était clairement prouvé par la tumeur vaginale, mais que le liquide ascitique fut très abondant, chaque signe et chaque symptôme semblaient prouver le contraire.

Je crus alors que ma patiente était atteinte d'un kyste de l'ovaire, qui avait d'abord commencé dans les deux ovaires, ces deux kystes ensuite s'étaient unis en formant un grand kyste avec des parois minces et en juxtaposition avec les muscles abdominaux. Ce diagnostic me semblait le plus rationnel, et était confirmé par quelques-uns de mes confrères, tandis que d'autres qui virent le cas, eurent des doutes et refusèrent de donner leur opinion sur la nature précise de la tumeur.

Afin de me rendre compte de la qualité du liquide ascitique qui

compliquait le cas, je résolus de ponctionner la poche vaginale et de lui permettre de s'écouler. Un petit trocart fut employé à cet effet et donna issue à environ trois gallons d'un liquide épais jaune-paille ; après quoi le cas naturellement se présenta sous un nouvel aspect. La tumeur dure et irrégulière se sentait maintenant distinctement et quelques-unes de ses attaches s'appréciaient assez nettement par le palper.

Le lendemain de la ponction, je fus appelé vivement et trouvai ma patiente épuisée et souffrant avec intensité. Le liquide ascitique s'était reproduit et la tension était presque aussi grande qu'avant la ponction. La douleur était aiguë et localisée dans le bassin. Le pouls était à 130, la température à 104 Farenheit et tous les symptômes étaient clairement ceux de la péritonite pelvienne aiguë et violente.

Elle ne revint pas de cet état et mourut la nuit suivante, 40 heures environ après l'opération.

Quelques heures après sa mort, assisté par le Dr Muscroft, j'ouvris a cavité abdominale et trouvai le péritoine dans toute son étendue pariétale et viscérale dans un état d'inflammation chronique. La portion pelvienne cependant, était couverte de lymphe nouvellement extravasée. Son tissu avait beaucoup épaissi et des bandes fibreuses denses, s'étendaient de point en point, ces bandes étaient si fortes et résistantes qu'il était impossible de les déchirer et sous le scalpel on les trouva aussi solides que le tissu ligamenteux. Le grand épiploon était étendu et y adhérait tellement qu'il ne pouvait en être séparé. En le déchirant tout autour des bords, cependant, une large masse irrégulière fut mise à nu ; elle avait été formée par l'union de quelques petites grosseurs.

La tumeur était fermement adhérente aux intestins et à l'estomac et les bandes fibreuses mentionnées ci-dessus produisaient des appuis ou attaches efficaces de point en point empêchant l'aplatissement abdominal qui serait arrivé sans cela dans la position horizontale. Ce fut le trait le plus défectueux du diagnostic, le contour du ventre n'étant pas affecté par le changement de position. Ceci n'était pas dû à la tumeur, car elle ne remplissait pas un tiers de la cavité, mais à ces bandes fibreuses qui étaient construites de manière à maintenir les parois abdominales dans la même position que la patiente soit debout ou couchée.

La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, est constituée par une masse pesant environ 20 livres, contenant les éléments

des tissus fibreux et cystiques. Des kystes de volumes différents et contenant un liquide transparent sont épars sur sa surface, bien que les éléments fibreux prédominent beaucoup. Il y a trois petits pédoncules d'environ un inche de long, dont l'un part de chaque ligamen et l'autre part du fond de l'utérus. Les ovaires étaient tous les deux intacts et sains en apparence.

La violente inflammation qui a été la cause immédiate de la mort, fut je crois le résultat de la ponction. L'inflammation chronique qui existait depuis longtemps sans grand inconvénient pour la malade devint à l'état très aigu de cette légère ponction. Il est vrai qu'il y a des cas rapportés journellement dans lesquels les cavités thoraciques et abdominales sont ponctionnées avec succès, alors même qu'il y a un état d'inflammation chronique, mais, malgré l'innocuité attribuée à cette opération, le cas présent semble démontrer qu'il y a plus ou moins de danger à appréhender en ponctionnant une membrane séreuse inflammée.

Trad. par J. Viard.
(*Le médecin praticien.*)

REVUE DE LA PRESSE

DE L'ANESTHÉSIE DANS L'OVARIOTOMIE.

Par le docteur Riedel, d'Aix-la-Chapelle.

Le docteur Riedel pense que la génération médicale actuelle est trop portée à faire toutes les opérations sanglantes sous le chloroforme. Encouragé par les expériences antérieures de son maître, le professeur König, de Göttingen, qui avait déjà enlevé avec un plein succès, sans avoir eu recours à l'anesthésie, plusieurs kystes abdominaux, il essaya s'il était possible de réussir l'opération de l'ovariotomie sans endormir la patiente. Il avait surtout en vue d'éviter le vomissement qui trop souvent compromet le résultat final en faisant sauter les sutures et en provoquant ainsi des hémorrhagies et des accidents inflammatoires.

Voici la méthode suivie dans deux cas d'ovariotomie :

On donna seulement une très petite quantité de chloroforme avant de faire l'incision de la peau et de la ligne blanche. Mais, dès qu'on

eut commencé l'incision du péritoine, on cessa complètement de donner du chloroforme ; pendant l'extraction du kyste les malades burent du vin : aucune trace de collapsus ne se manifesta ; le déplacement de la masse intestinale se fit facilement. L'opérateur redoutait une vive douleur au moment de la ligature du pédicule ; mais, bien qu'on l'eût traversé à deux reprises et qu'on en eût fait la ligature avec un gros catgut, il se manifesta à peine une légère expression de souffrance ; la suture du péritoine au catgut ne fut pas non plus douloureuse : la seule chose qui provoqua une sensation pénible fut de traverser la peau pour suturer la paroi abdominale. Après l'opération il y eut un bien-être parfait, de l'appétit, etc.; pas de prostration ; bien qu'un de ces kystes renfermât la quantité respectable d'au moins trente-deux litres de liquide, cependant pas une goutte ne tomba dans la cavité péritonéale, grâce au calme avec lequel se fit l'opération. Le pansement du pédicule avec la poudre d'iodoforme, — le seul endroit où l'on s'en servît sous le pansement de Lister, — ne détermine, ici comme ailleurs, aucun accident. Aujourd'hui ces deux femmes sont entièrement guéries.

Comment les choses se passeraient-elles s'il y avait des adhérences? L'auteur n'a pas d'expérience sur ce point. En tout cas, s'il en était besoin, on pourrait toujours donner du chloroforme sans perdre de temps. (*Centralblatt fur Chirurgie*, 1882).

Dr A. Veillard.

(*Journal de médecine de Paris*).

DYSTOCIE FŒTALE ; MONSTRE A DEUX TÊTES.

Un cas rare et curieux vient de nous être signalé ; il s'est présenté dans une de nos communes suburbaines ; voici la relation qui nous en a été faite :

Une dame multipare, ayant déjà eu trois enfants à terme, bien conformés et facilement, se trouvait en travail pour la 4e fois.

Après une longue attente et des douleurs vives, on se décide à appeler un chirurgien : celui-ci applique le forceps sur la tête qui se présente et l'amène à la vulve. Mais alors impossibilité complète d'aller plus loin ; on a beau tirer énergiquement et de différentes façons, les épaules ne veulent pas descendre. On fait appeler un consultant, qui émet l'avis d'un second enfant, dont la tête chercherait à s'engager du côté du cou du premier. Il cherche à éclairer le

diagnostic en introduisant les doigts dans le vagin et parvient en effet à sentir une seconde tête au-dessus du pubis.

Comme le premier enfant est mort, la conduite est toute tracée : on sectionne le cou au moyen de ciseaux et l'on détache ainsi la première tête. La main est alors introduite dans les parties et va chercher un pied ; dès que celui-ci est à l'extérieur, la descente du siège et du ventre se fait facilement, puis la poitrine arrive, puis un bras, un second bras, un troisième bras, enfin un quatrième bras, deux cous et une seconde tête sont en dernier lieu amenés à l'extérieur.

La dernière partie de la manœuvre a été, on le comprend, excessivement laborieuse ; il s'agissait d'un monstre simple jusqu'au haut de la poitrine et double au delà ; les épaules mesuraient 22 centimètres de largeur et n'ont été dégagées qu'avec une extrême difficulté et des tractions très énergiques.

Les suites de couches ont été assez heureuses et la mère est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

DU MASSAGE UTÉRIN COMME MOYEN DE TRAITER CERTAINES FORMES D'HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS.

Par le Dr Reeves Jackson.

Comme c'est une nouvelle méthode de traiter cet état si persistant, l'hyperplasie, soit de l'utérus entier, soit seulement du corps, nous allons citer textuellement le procédé décrit par l'auteur.

1° *Massage abdominal.* — Quand on peut sentir l'utérus hypertrophié assez au-dessus du pubis pour que l'on puisse saisir entre les doigts le fond ou une partie de ses parois, on peut pratiquer un massage très efficace, sans avoir besoin d'avoir recours au vagin, ce qui sera toujours préférable, surtout dans les cas où le vagin est étroit et très sensible. La vessie étant préalablement vidée, on doit faire coucher la malade sur une table ou sur un matelas résistant. Alors le chirurgien, se servant de ses deux mains, commence par saisir et pétrir entre le pouce et les autres doigts une certaine portion de la peau et des autres tissus superficiels. On répète ces manipulations sur toute la surface de l'abdomen, jusqu'à la hauteur de l'ombilic. On répète ensuite l'opération en saisissant alors les parties profondes et les com-

primant entre les doigts avec une force graduellement croissante. On fait alterner ces manipulations avec des frictions sur toute la surface de l'abdomen. Après avoir ainsi opéré pendant cinq à dix minutes, on enfonce les doigts plus profondément dans les régions hypogastrique et ovarienne, en cherchant à saisir la plus grande portion d'utérus possible. Cet organe est ainsi comprimé, relâché, puis roulé entre les doigts dans toutes les directions possibles pendant vingt à trente minutes jusqu'à ce que la malade accuse de la fatigue.

Ces procédés doivent être employés avec le plus de douceur possible et on n'en augmentera la force que d'une façon graduelle, de façon à ce que la malade n'en ait pas conscie

Quelle que soit la façon dont on fasse le massage, il sera toujours bon et parfois indispensable de pratiquer la manipulation préliminaire des parois abdominales; car la plupart du temps la douleur et la gêne accusées par les malades atteintes d'hypertrophie de l'utérus et rapportées par elles à cet organe siégent en réalité dans les parois abdominales et, si l'on n'a pas le soin de les préparer d'abord par le massage qui en diminue la sensibilité, on ne pourra agir avec efficacité sur l'utérus situé au-dessous d'elles. Il faut quelquefois plusieurs jours avant d'arriver à vaincre cette sensibilité des parois abdominales, puis lorsqu'on y est arrivé on peut alors saisir l'utérus et le presser sans aucun inconvénient.

2° *Massage abdomino-vaginal.* — On a recours à ce procédé de manipulation dans les cas où l'utérus n'a pas un volume suffisant pour pouvoir être atteint par la méthode abdominale.

Pour cela on introduit dans le vagin les deux premiers doigts d'une main, tandis qu'on applique l'autre main sur le fond de l'utérus. Un seul doigt introduit dans le vagin ne serait pas suffisant et n'agirait pas avec assez d'efficacité pour pratiquer la pression ou la contre-pression.

On introduit les doigts en arrière de la partie vaginale du col que l'on attire en avant et qu'on laisse ensuite reprendre sa position première. On répète cette manœuvre six fois ou davantage, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à faire pénétrer les doigts assez haut pour atteindre la portion sus-vaginale du col et la partie inférieure du corps. Alors la portion supérieure de l'utérus étant assujettie de l'autre main, on la comprime entre les doigts de chaque main pendant quelques secondes, puis on la relâche. On doit ainsi exercer des compressions de peu de durée sur toutes les parties de l'organe que l'on peut

atteindre. Puis on pratiquera les manipulations sur un autre point. On ramènera les doigts intra-vaginaux en aval du col, que l'on repoussera en arrière plusieurs fois de suite en évitant de faire souffrir la patiente. On introduira les extrémités digitales dans le cul-de-sac antérieur en dirigeant la pulpe vers le col; les doigts antérieurs seront placés de façon à ce que le corps de l'utérus puisse encore être saisi entre les deux forces de compression.

En même temps qu'on pratiquera cette opération, il faudra élever l'utérus dans le bassin et le maintenir ainsi pendant quelques secondes.

3° *Massage abdomino-rectal.* — Ce procédé a une valeur assez limitée et est rarement appliqué. Malgré la facilité avec laquelle on atteint l'utérus, la douleur déterminée par l'introduction de deux doigts dans le rectum et l'irritabilité de l'intestin font que cette méthode est presque impraticable à moins que l'on ne se trouve en présence de cas où le rectum est dilaté et le vagin contracté.

Le Dr Jackson a joint à son travail des observations qui viennent à l'appui du procédé qu'il propose. Dans le cas où l'utérus était volumineux, ramolli, rétroversé, sensible et mesurait 0m, 085, il n'y avait eu qu'une très légère réduction au bout de six semaines d'un traitement local et général; mais au bout de six semaines de séances quotidiennes de massage de quinze à quarante-cinq minutes chacune, l'utérus ne mesurait plus que 0m, 071, il avait repris une consistance ferme et n'était plus sensible. Dans le cas 2, l'utérus mesurait 0m,140 et l'on arriva à le ramener à 0m, 100, la malade recouvra la santé, la menstruation se régularisa et l'on vit disparaître la leucorrhée les douleurs pelviennes, la sensibilité et les troubles rectaux et vésicaux. Dans le cas n° 3, après un massage continué pendant trois mois, trois ou quatre fois par semaine, l'utérus qui mesurait le triple de ses dimensions normales fut réduit à 0m,075 et reprit sa forme et ses fonctions normales. (*Annales de Gynécologie et Paris médical*).

FÉCONDATION ARTIFICIELLE.

Le Dr Seiler propose à ce sujet un instrument spécial. C'est une sonde creuse longue de 0,35 cent., qu'on peut réduire à sa moitié en la dévissant. Son diamètre est de 0,004 mill.; la partie supérieure est armée d'un bouton plat qui remplace le pavillon de nos sondes ; la partie inférieure se termine par une extrémité ronde, et à environ

0,005 mill. se trouve un œillet borgne long de 0,01 cent., large de 0,004 mill.; et profond de 0,03.

Les rapports sexuels s'étant accomplis dans les conditions ordinaires, le médecin, qui attend à côté dans la chambre voisine la fin des transports amoureux, introduit immédiatement dans le vagin de la femelle un spéculum dont la température a été élevé à environ 38 degrés (de préférence un spéculum plein). Le col utérin apparaissant alors à l'orifice supérieur, on saisit de la main droite la sonde, également chauffée à 38 degrés et la tenant comme une plume à écrire. On recueille le sperme à l'aide de l'œillet borgne, et l'on pénètre de 1 centimètre environ dans le col utérin. Par de petits mouvements de latéralité et de rotation, on dépose la liqueur séminale sur les parois internes du col de l'utérus. Ceci fait, on retire doucement et simultanément les deux instruments.

Par ce procédé, le Dr Seiler a pratiqué deux fois avec succès, chez une femme atteinte d'antéversion, la fécondation artificielle.

(*Paris Médical*).

DU MICROPHONE POUR CONSTATER L'ACTION SUR LE FŒTUS DES MÉDICAMENTS PRIS PAR LA MÈRE

Par le Dr Kubassow.

Le Dr Kubassow s'est servi du microphone pour observer l'état du cœur fœtal, et juger ainsi de l'effet produit sur lui par les médicaments administrés à la mère. Il arriva aux résultats suivants : l'hydrate de chloral et le chloroforme excitent d'abord et stupéfient ensuite, déterminant l'immobilité du fœtus et le ralentissement des mouvements du cœur. Ils agissent en dix ou quinze minutes; l'action du chloral est plus puissante que celle du chloroforme, surtout quand on le donne en lavement. On peut les retrouver tous deux chimiquement dans le sang des vaisseaux du cordon ombilical. L'hydrate de chloral abaisse la température de la mère en deux ou trois heures. L'opium et ses alcaloïdes produisent un rythme tout particulier et persistant du cœur fœtal. Ils agissent plus lentement que le chloral et le chloroforme, mais leur action persiste plus longtemps. L'opium agit plus activement et plus vite par la bouche que par l'anus. Son action est probablement en rapport avec la quantité de morphine qu'il contient. La digitale agit aussi puissamment et d'une façon persistante. L'auteur

pense que l'hydrate de chloral pris par la mère se partage entre son corps et celui du fœtus proportionnellement à leur poids respectif. Ce partage se fait en quinze minutes, en sorte que, au bout de ce temps, 5 0/0 du chloral donné à la mère a passé dans le sang du fœtus. Le chloral n'est pas décomposé en chloroforme. Si l'on donne plus de 50 centigr. d'hydrate de chloral en une fois, ou en plusieurs fois en une demi-heure, ou plus de 15 gouttes de teinture d'opium, en une fois ou en plusieurs en moins d'une heure, cela peut être dangereux pour le fœtus. On ne devra pas donner l'opium à une femme enceinte à des doses excédant un quart de grain. (*Practitioner*, january 1882. *Journal de medecine* et *Paris-Médical*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA QUASSINE ET DE SES APPLICATIONS.

La quassine est le principe actif du quassia amara. Elle est amorphe ou cristallisée. Ces deux formes produisent les mêmes effets; mais il vaut mieux donner la première à la dose de 4 à 10 centigrammes par jour, parce que la seconde, au-dessus de 2 centigrammes produit des effets toxiques. Nous ne nous occuperons, par conséquent, que de la quassine amorphe qui a servi à faire la plupart des expériences, et avec laquelle on peut plus facilement varier les doses.

Chez l'homme sain, la quassine produit dès les premiers jours une augmentation rapide de l'appétit, une digestion plus complète des aliments, et dès lors un développement rapide des forces : à la dose de 4 centigrammes avant chaque repas, elle fait expulser plus vigoureusement les déchets de la nutrition et donne de bons résultats contre la constipation occasionnée par la faiblesse de la tunique musculaire de l'intestin. Cette propriété est précieuse, car elle permet de substituer, dans beaucoup de cas, la quassine aux purgatifs qui rendent souvent la constipation invincible, sans compter la constipation en retour qui se produit constamment après leur administration.

A la même dose de 4 centigrammes avant chaque repas, la quassine a été donnée à des malades ayant ordinairement trois ou quatre selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. Après huit jours

de traitement, les selles sont raréfiées et sont redevenues normales.

D'autres expériences ont démontré que la quassine a un effe diurétique très prononcé, qu'elle augmente la sécrétion des glandes salivaires, du foie, des reins, et même des glandes mammaires. On peut tirer un excellent parti de cette dernière propriété pour les nourrices dépaysées, chez lesquelles l'anorexie est doublement funeste.

La quassine est donc un tonique amer, apéritif, stomachique, qui rétablit dans l'organisme l'équilibre détruit. Elle ne doit pas être administrée dans la période aiguë des maladies, mais dans la débilité générale, la dyspepsie atonique, l'anorexie, la chlorose, les vomissements spasmodiques, les convalescences longues et difficiles, notamment les convalescences des fiévreux ; car la quassine qui ne peut avoir, aux doses ordinaires, d'effets nuisibles sur l'homme, est mortelle pour les animaux d'ordre inférieur, oxyures, ascarides, etc., etc.

Les pilules Frémint qui ont servi à la plupart des expériences, contiennent chacune 2 centigrammes de quassine amorphe pure. On les administre à la dose de une ou deux avant chacun des deux principaux repas; à la dose maximum de six pilules par jour (12 centigrammes) il sera préférable de donner une pilule au lever, deux à midi, deux à six heures et la dernière au moment du coucher.

(*Gazette des Hôpitaux*).

ABLATION DE TOUT L'UTÉRUS POUR UN CANCER DE CET ORGANE

Nous lisons dans *the Lancet* du 14 janvier 1882 que le Dr William Mac Cormac vient de faire, le 3 janvier, une ablation complète d'un utérus cancéreux. L'ablation a été faite par la voie abdominale, un drain passé dans la plaie et sortant par le vagin. La plaie abdominale fut fermée cinq jours après l'opération. Il y avait quelques signes de suppuration à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale, dont les bords, déjà adhérents, furent disjoints et laissèrent échapper un peu de pus.

A la suite de cette évacuation, la température est revenue à l'état normal, et, au dixième jour de l'opération, la malade se trouvait en parfaite convalescence.

(*Paris Médical.*)

L'HUILE D'EUCALYPTUS EN OBSTÉTRIQUE (SLOAN.)

Le Dr Sloan se loue beaucoup de l'huile d'eucalyptus, après l'accouchement, pour prévenir l'infection puerpérale. Il la recommande particulièrement dans le cas de déchirure du canal génital et de la prostration nerveuse qui s'empare souvent des filles-mères accouchées dans un hôpital. Incidemment, il recommande le mélange suivant pour assurer la contraction utérine :

Solution de chlorhydrate de morphine (1/130e).	6	grains.
Teinture de noix vomique.	2	—
Extrait liquide d'ergot	8	—
Teinture d'orange (1/17e).	12	—
Eau Q. S. pour faire 60 grammes.		

Donner 4 grammes du mélange dans un peu d'eau toutes les 4 ou 6 heures. Le Dr Sloan fait concurremment, au moins dans son hôpital, des injections biquotidiennes d'acide phénique ou de permanganate de potasse. Pour lui, l'huile d'eucalyptus a les avantages suivants : elle n'est pas un poison ; si l'on n'en abuse pas, elle n'est pas irritante ; elle ne coagule pas le sang lochial ; son odeur est en général agréable ; elle paraît aider à la contraction utérine. Voici la formule des pessaires vaginaux que Sloan emploie matin et soir :

Huile d'eucalyptus	16	grammes.
Cire blanche.	9	—
Beurre de cacao	16	—

Pour 12 pessaires. — Une autre formule, quelquefois irritante, dit-il, renferme 24 gr. d'eucalyptus. — Sloan rapporte des cas où ces sortes de suppositoires lui ont rendu de grands services : un, entre autres, où il fit des injections sous-cutanées d'eucalyptus mêlé à de l'huile d'olives, a eu pour résultat de sauver une accouchée dont les heures étaient comptées. (*Lancet* et *Annales de gynécologie.*)

(*Progrès Médical.*)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CARCINOME DU COL DE L'UTÉRUS.

On est loin de s'entendre sur la valeur des différents procédés opératoires proposés pour le traitement du cancer du col de l'utérus A la clinique gynécologique de Vienne, nombre de femmes affectées

d'une dégénérescence carcinomateuse de la portion cervicale ont sub l'amputation du col par le procédé de l'anse galvano-caustique. M. Pawlick, privat-docent à la faculté de Vienne, a eu l'idée de s'enquérir du sort de ces femmes, et il a recueilli des renseignements très intéressants qu'il soumet à l'appréciation des chirurgiens.

Sur 136 femmes affectées d'un carcinome du col et opérées par le procédé de l'anse galvano-caustique :

10 sont mortes à l'hôpital ;

22 n'ont pas été retrouvées ;

16 ont quitté l'hôpital non guéries ;

31 sont mortes hors de l'hôpital ;

22 ont eu des récidives ;

2 sont mortes en couches, sans récidive :

33 se portaient parfaitement bien, et cela assez longtemps après l'opération qui, chez l'une de ces femmes, remontait à dix-neuf ans.

De l'ensemble de ces faits, l'auteur se croit autorisé à conclure que dans le traitement du carcinome du col de l'utérus, la simple amputation du col, par le procédé susdit, est préférable, à tous égards, à l'extirpation totale de l'utérus, procédé radical dont on a été trop prodigue dans ces dernières années. Incomparablement plus grave que la simple amputation du col, l'extirpation totale n'a pas donné les résultats qu'on croyait pouvoir en attendre, d'après les brillantes promesses de ceux qui ont les premiers pratiqué cette opération.

(Les résultats relevés par M. Pawlick seraient en effet des plus encourageants, si l'examen histologique des cols amputés mettait hors de conteste la question de diagnostic).

E. Ricklin.

(La Semaine médicale).

VOMISSEMENTS HYSTÉRIQUES.

Par le Dr Huchard.

Dans une conférence clinique faite à Tenon, M. Huchard distingue plusieurs sortes de vomissements hystériques :

1° *Les vomissements par hyperesthésie* ou *par spasme gastrique*, précoces, fréquents, peu abondants, douloureux cèdent aux préparations opiacées avant les repas, aux fomentations chaudes et calmantes sur la région épigastrique.

2° *Les vomissements par atonie gastrique* sont tardifs, plus abondants, sans douleur, avec distension stomacale et constipation. Les préparations opiacées sont contre-indiquées : il faut recourir aux amers, à la noix vomique, à la strychnine.

3° *Les vomissements par trouble sécrétoire* ou par gastrorrhée, sont abondants, muqueux, aqueux, irréguliers. Il faut employer les lavages de l'estomac.

4° *Les vomissements de sang* sont souvent rebelles à toute médication. S'ils sont supplémentaires des règles, rétablir la fonction menstruelle ; sinon recourir à l'ergotine, au perchlorure de fer, à la quinine.

5° *Les vomissements par pneumogastralgie* ou névralgie ou pneumogastrique sont précédés ou accompagnés de toux, de dyspnée, de palpitations. On emploie dans ces cas les courants continus.

6° *Les vomissements urémiques* ou mieux supplémentaires de l'excrétion rénale dus à l'inhibition de la sécrétion rénale. La thérapeutique est le plus souvent impuissante dans ce dernier cas. On peut essayer dans tous les cas l'alimentation avec le tube Faucher.

Dans les cas de vomissements nerveux, M. Huchard badigeonne quatre ou cinq fois par jour la muqueuse pharyngée avec la solution suivante :

Glycérine.....	20 grammes
Bromure de potassium.....	2 grammes
Chlorydrate de morphine.....	0,20 centigr.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques, et Revue médicale française et étrangère*).

FORMULES CONTRE LE PRURIT VULVAIRE.

1° *Lotion de Gowland*, contenant 15 centigrammes de sublimé pour 100 grammes de lait d'amandes amères.

2° *Lotion du Dr E. Vidal*, contenant de 3 à quatre grammes de chloral hydraté pour 100 grammes d'eau de roses. Après ces lotions on saupoudre avec de l'amidon.

3° *Pommade du Dr N. Guéneau de Mussy.*

R. Glycéré d'amidon.....	20	grammes.
Sous-nitrate de bismuth.....	1	—
Bromure de potassium.....	1	—
Calomel.....	0.50	centig.
Extrait de belladone.....	0.25	—

Ch. de s. En mettre le soir sur la région prurigineuse.

(*Gaz. hebd.*, 26. 1. 1883).

FORMULAIRE

DE L'EMPLOI DE LA RÉSORCINE AU TRAITEMENT DE LA VAGINITE PURULENTE (J. CHÉRON).

La résorcine est entrée depuis peu de temps dans le domaine de la thérapeutique. C'est surtout au traitement externe des maladies qu'on en a fait l'application avec un certain succès.

C'est un antiseptique assez puissant auquel on peut emprunter l'action astringente la plus légère aussi bien que l'action caustique la mieux caractérisée, suivant qu'on l'emploie en solution aqueuse plus ou moins concentrée ou en poudre.

Je l'ai employée avec succès au traitement de la vaginite purulente, aussi bien dans la période aiguë que consécutivement à cet état, de deux façons différentes.

Lorsque la douleur au contact est telle qu'on ne peut introduire aucun spéculum, je fais porter jusqu'au fond du vagin, une canule longue à injections, en gomme élastique, et je fais faire trois fois par jour, une irrigation de six à dix minutes de durée avec la solution suivante :

Résorcine.	10 grammes.
Aqua fontis.	1,000 grammes.

Grâce à l'emploi de cette irrigation, la purulence diminue promptement ainsi que la douleur au toucher, ce qui permet d'employer la résorcine, sous la forme pharmaceutique suivante :

Glycérolé d'amidon.	60 grammes.
Résorcine.	6 grammes.

Porter au fond du vagin, à l'aide du spéculum, un tampon d'ouate bien enduit de ce glycérolé, et le laisser en place pendant 12 à 15 heures. — Faire ce pansement tous les deux jours.

Avec la résorcine, la guérison est plus rapidement obtenue qu'avec les émollients et le glycéré de tannin.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Paris.-Imp. PAUL DUPONT, 860.4.83

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

MÉMOIRES ORIGINAUX

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR LES COURANTS CONTINUS A INTERMITTENCES RYTHMÉES

(*Méthode du Dr Chéron*)

Par le docteur F. Gressot.

HISTORIQUE

L'application des courants électriques au traitement des fibromes utérins, quoique n'ayant guère plus de dix ans de date, a déjà subi un grand nombre de modifications pour arriver à des résultats encore loin d'être parfaits, mais cependant remarquables.

Il n'est pas sans intérêt d'étudier la suite de ces modifications.

Et d'abord, l'application des courants a pu se faire de plusieurs façons, sous forme : 1° de courants induits ; 2° de courants continus directement employés sans intermédiaire au sortir de la pile ; 3° de courants continus, interrompus par le passage à travers un régulateur ou plus simplement un métronome, comme, il sera dit plus loin.

D'autre part, sans parler des effets thermiques ou galvano-caus-

tique thermique, recherchés quelquefois par les chirurgiens dans certaines opérations, on a demandé à la pile, tantôt des effets peu intenses pour pratiquer ce qu'on appelle vulgairement l'électrisation, tantôt des effets chimiques considérables, pour aboutir à l'électrolyse ou galvano-caustique chimique.

C'est cette dernière forme de l'électricité qui fut employée la première dans le traitement des fibromes.

L'action électrolytique de la pile s'obtenait en enfonçant des aiguilles dans les fibromes utérins, même à travers le péritoine. Alors, au centre même de la tumeur, se passait une action chimique amenant sa destruction.

Suivant Althaüs ce mode de destruction repose : 1° Sur la désorganisation mécanique des tissus causée par l'hydrogène naissant ; 2° sur l'accumulation des alcalis au pôle négatif, ce qui explique l'état savonneux de l'escarre obtenue ; 3° sur la modification produite par l'action physiologique du courant galvanique continu sur les nerfs vaso-moteurs des parties soumises au courant.

Ce fut Davy qui, le premier, en 1807, décomposa avec une pile de 150 couples un faisceau de fibres musculaires ; les alcalis se rendaient au pôle négatif, les acides au pôle positif.

Crusell (de Saint-Pétersbourg) fit, le premier, application de ce mode d'électricité, et lui donna le nom de méthode électrolytique ou électrolyse.

Plus tard, Ciniselli (de Crémone) éleva l'électrolyse au rang de méthode bien définie. Broca et Nélaton l'appliquèrent au traitement des tumeurs.

Cuttler (1), le premier, en 1871, employa ce traitement pour les fibromes de l'utérus, il en fit part au Congrès de Chicago, disant que, dans un cas, il avait obtenu une amélioration notable.

Brown (2), deux ans plus tard, en 1873, fait une nouvelle application de l'électrolyse.

En 1875, Gilmann Kinsball (3) publie quatre nouveaux cas.

(1) Cuttler. *Associat. méd. américc.* Congrès de Chicago, 1871.
(2) Brown. *Med. surg. report.* Philadelphie, 1873.
(3) Kinsball. *Bost. med. and surg. journal.* 1874. n° 15.

En 1876 (1) Gaillard Thomas étudie ce traitement dans une communication à la Société de gynécologie de New-York.

En juillet 1878, Gilmann Kinsball et T. Cuttler (2) publient dans *American Journal* un mémoire où sont rapportés 50 cas de fibromes utérins traités par l'électrolyse. Voici les résultats obtenus :

7 fois, développement non enrayé ;
4 — mort, dont 2 péritonites ;
32 — la tumeur cesse de s'accroître ;
3 — diminution de volume du fibrome ;
4 — guérison complète.

Voici d'après le docteur allemand Semeleder (3), qui a suivi les expériences de Cuttler à New-York, et employé lui-même avec succès sa méthode dans le traitement des kystes de l'ovaire et des fibromes utérins, voici, disons-nous, comment opéra Cuttler :

Cuttler s'est servi d'une batterie de 10 à 12 éléments d'une pile de Callaud (zinc et cuivre), ou d'une pile de Leiser (zinc et charbon), et il a pénétré dans la tumeur à travers le péritoine avec des aiguilles à acupuncture volumineuses et coupantes sur les bords, comme la pointe d'une épée. Les aiguilles étaient enfoncées de trois à quatre pouces.

Le but que se proposait Cuttler était d'enrayer la tumeur dans son développement.

Le nombre des séances était de une à vingt. La durée était de une à quinze minutes. Séances quotidiennes, hebdomadaires ou même plus espacées.

La violence de la douleur oblige à endormir les malades.

D'autre part, le Dr Omboni (4) imitant, sans modification, le mode de traitement de Cuttler, dit avoir eu de bons résultats.

(1) Gaillard Thomas. *Société de gynécologie de New-York*, 1876.

(2) Gilmann Kinsball and T. Cuttler *American Journal*, juillet, 1878, p. 50. Analyse in *Revue de Hayem*, t. XIV, p. 190, 1879.

(3) Semeleder. *Electrolytische Behandlung der Gebärmutter fibroide. Wiener Medizinische-Presse*, 1876, n° 50-55.

(4) Omboni. *Contribuzione alla cura dei tumori colla electrolysi. Gaz. med. ital.*, 1877, n° 48.

Chadwick (1), en 1879, eut aussi recours à ce mode de traitement, mais une seule fois. Il s'agissait d'une négresse ayant un fibrome sous-péritonéal du volume d'une noix de coco. Douleur et pertes sanguines abondantes. Chadwick enfonca deux petits électrodes dans la tumeur à travers le péritoine, pendant dix minutes ; trois heures après, une péritonite survint. La malade heureusement guérit de sa péritonite, mais les accidents dus au fibrome persistèrent.

Chadwick n'admet pas qu'un tel traitement offre quelque chance de succès. Il ne veut voir dans les résultats acquis par d'autres chirurgiens aucune influence réelle de l'électrolyse. Pour Chadwick, le traitement, incapable de produire de bons résultats tout en exposant à de très grands dangers les malades, doit être rejeté. Il considère les électrodes comme ayant agi à la façon de corps étrangers et ayant produit, dans les cas heureux, des modifications satisfaisantes comme on en voit survenir souvent sous l'influence d'une cause imprévue. A l'appui de cette assertion, Chadwick cite un cas où la tumeur diminua rapidement de volume après une simple dilatation du col ; un autre cas où le même fait se produisit après dilatation du col et incision de la capsule de la tumeur.

D'autre part, Chadwick, disant que Cuttler s'est servi parfois d'une pile composée d'un seul élément, croit que cette pile est incapable de produire un courant susceptible d'amener des modifications dans la tumeur. Comme on le voit, Chadwick a vite fait le procès de l'électrolyse. Sa conclusion formelle est de rejeter ce mode de traitement.

Tout en concluant à l'emploi favorable de l'électrolyse et en conseillant d'enfoncer des aiguilles dans les fibromes, les Drs Routh et Althaüs (de Londres) avaient, dès 1863, employé les courants continus, mais simplement appliqués sur les tissus. Dans deux cas, dont il est fait mention par Sevastopulo (2), ils auraient ainsi obtenu la

(1) Chadwick. *Fibrous tumours of the uterus, healed by electrolysis. Bost. med. journal*, 23 oct. 1879. *Rev. de Hayem*, t. XVIII, p. 152.

(2) Sevastopulo. Thèse de Paris, n° 252, 1875, p. 152.

diminution des trois quarts de la tumeur, faits rapportés dans leurs *Lectures sur les fibroïdes utérins*. L'une des deux tumeurs était de la grosseur d'une tête d'homme, l'autre de la grosseur d'une orange. Dans un cas, les deux électrodes furent placés sur les parois de l'abdomen; dans l'autre, l'un fut placé sur le col de l'utérus, l'autre sur la région lombaire.

Laissant de côté les procédés barbares employés par les médecins américains, M. le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, fut le premier qui appliqua, d'une tout autre façon, les courants continus au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Ses premiers essais (1) datent de 1868 et portent sur quatre malades dont il rapporte brièvement les observations. Il plaçait un pôle sur le col utérin ou dans le canal cervical et l'autre sur l'abdomen au niveau de la tumeur. Le courant était fourni par 22 éléments Remak (pile de Daniell modifiée seulement dans ses dispositions). Applications quotidiennes de 15 minutes, en moyenne; 120 applications. Aucune amélioration ne se produisit dans aucun des cas; bien plus, une des malades qui n'avait jamais eu d'hémorragies en vit survenir. Ces essais étaient peu satisfaisants.

Heureusement M. Chéron ne se découragea pas et, poursuivant ses recherches en traitant 42 cas de fibromes, put arriver à modifier l'emploi des courants d'une façon heureuse et obtenir de ce traitement des résultats meilleurs.

Pour cela, il dut abandonner successivement les courants continus, puis les courants induits pour employer les courants continus interrompus à l'aide d'un régulateur. C'est ce qu'il appelle les courants continus à intermittences rythmées.

M. le Dr Aimé Martin employa à son tour l'électricité dans le traitement des fibromes, sans connaissance, dit-il, des essais antérieurs. Il publia à ce sujet dans les *Annales de gynécologie* (2) un

(1) Chéron. *Gaz. des hôpitaux*, 1879. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus et de leur traitement par les courants continus, nos 29 et suivants, 11 mars 1879.

(2) 1° A. Martin. Des fibro-myomes utérins et de leur traitement par l'action électro-atrophique des courants continus, in *Annales de gynécologie*, t. XI, 1879, nos 1, 2, 3, mois de janvier, mars, mai.

travail très intéressant et très complet, auquel nous emprunterons quelques détails.

M. Martin avait été frappé de la remarque faite par Ciniselli (de Crémone) (1) que la diminution des tissus pathologiques, traités par la galvano-caustique chimique. n'est pas proportionnée à la destruction matérielle opérée, qu'elle est toujours plus grande et continue encore quelque temps après la chute des escarres.

« Il y a donc, dit M. Aimé Martin, en dehors de l'électrolyse, une force spéciale produite par les courants continus et modifiant profondément la nutrition des tissus morbides. C'est à cette force que j'eus recours. Les premiers essais que je tentai furent suivis de résultats tellement inespérés que je continuai avec ardeur à employer un mode si efficace de traitement. Pendant deux ans, j'ai eu à traiter 12 cas de fibro-myomes utérins dont 4 sous-péritonéaux, 5 interstitiels et 3 sous-muqueux. J'ai pu, en outre, appliquer ce traitement à un fibrome de la cuisse. Sur ces 13 cas, j'ai obtenu quatre guérisons complètes, absolues, quatre améliorations très notables, enfin j'ai échoué dans 5 cas. »

M. Martin insiste sur ce fait, qu'il n'a jamais voulu faire d'électrolyse, mais bien employer la force spéciale de nutrition du courant, force à laquelle il a donné le nom d'action électro-atrophique.

A côté de ces deux médecins français, il faut aussi citer un médecin américain Everret (2) qui eut recours à l'emploi des courants continus dans le traitement des fibromes. Toutefois l'application que le docteur Everret fit de l'électricité paraît singulièrement bizarre. L'électrode négatif consistant en un dique des cuivre était placé sur l'articulation sacro-lombaire. Se servant de sa main comme d'électrode positif, le docteur américain saisissait le fond de la matrice, la pressant en arrière et en bas. Le courant était fourni par une double pile de Smée.

Le docteur Everret donne neuf observations ; toujours il s'agit

(1) Ciniselli. De la résolution des tumeurs par l'action électro-chimique des courants continus, in *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1869, 2e série, t. X, p. 106.

(2) Everret. *Americ. obstetrical Journal*, janvier 1878. Analyse du docteur Gross dans *Gaz. obstétricale*, 1878, n° 11.

de polypes fibreux. L'électrisation les fait diminuer de volume et alors le chirurgien les saisissant avec une forte pince, les extirpe après les avoir tordus sur leur pédicule.

Suivant Everret, les courants agissent à la façon de l'ergotine en provoquant des contractions utérines. Du reste, il employait concurremment l'électricité et l'ergotine.

Au Congrès d'Amsterdam (septembre 1879) (1), M. Jacques de la Faille déclare qu'il n'a qu'une confiance limitée dans l'action des courants électriques, sur la remarque que fit M. Lutaud, qu'il n'avait pas parlé de ce mode de traitement dans son rapport.

M. Leblond, de son côté, déclare qu'entre ses mains les courants continus ont fait diminuer ou même quelquefois supprimer les hémorragies.

Enfin, dans une discussion à l'Académie de médecine (2), M. Verneuil, qui avait suivi le traitement d'une malade du docteur Chéron, vivement impressionné par les résultats, conclut en admettant au premier rang de la thérapeutique de ces affections les courants continus.

CHOIX ET DESCRIPTION D'UN APPAREIL

L'appareil employé par MM. Chéron et de la Roche, dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus et qui a fourni les résultats consignés dans les observations rapportées plus loin, se compose de trois parties. Nous laissons de côté les électrodes sur lesquels nous reviendrons à propos du mode d'application.

Cet appareil, construit par M. Gaiffe, comprend une caisse contenant des piles fournissant l'électricité, un rhéostat gradué et un métronome.

La batterie est composée de 10 à 60 couples au bioxyde de manganèse. Son transport seul demande plus de soins que la bat-

(1) *Congrès périod. intern. des Sciences méd. d'Amst.*, 1879, Sect. de gynécologie et d'obstétrique. *Ann. gynécologie*, oct. 1879.

(2) *Ann. de gynécol.*, janv. 1880, p. 77.

terie au chlorure d'argent, attendu qu'elle contient du liquide; en revanche, elle est plus économique.

Un collecteur double permet d'utiliser successivement tous les couples pour répartir également l'usure. Le même collecteur permet de changer graduellement la direction du courant sans choc et sans déplacement des excitateurs, la manette du collecteur qui se trouve sur le chiffre le plus faible étant toujours négative par rapport à l'autre. Indépendamment existe un renverseur du courant agissant par le simple glissement d'un levier.

A l'appareil est annexé un galvanomètre permettant de s'assurer du passage régulier et de la direction du courant.

Le rhéostat gradué, interposé entre la source d'électricité et le métronome est une véritable caisse de résistance formée par des bobines que l'on peut à volonté faire traverser ou non par le courant et qui atténue la puissance des couples et empêche la production d'une étincelle de rupture aux contacts du régulateur d'interruption, lorsqu'on fait fonctionner à la fois un certain nombre d'éléments. Ce rhéostat est gradué de 1 à 20,000, indiquant des unités de résistance de l'Association britannique. Quelques tours imprimés à un écrou permettent d'employer ces différentes résistances fournies par les bobines et inscrites en face de chaque écrou, dont le rôle est de supprimer ou de permettre le passage du courant à travers les bobines, suivant qu'il établit ou non un contact.

Le métronome, destiné à régler les interruptions de courant, est un métronome ordinaire, à la base antérieure duquel sont placés deux godets, contenant du mercure, et dans lesquels les extrémités inférieures du balancier viennent alternativement plonger. Des fils conducteurs mettent en communication ces godets avec deux bornes latérales et en même temps avec le pôle positif du circuit.

Le balancier, de son côté, communique avec une borne latérale ou postérieure placée à la base du métronome, borne reliée au pôle positif. Le fonctionnement de l'appareil est des plus simples; en effet, chaque fois que le balancier, par suite du mouvement

qui lui est imprimé, plonge dans le mercure, il y a contact et le courant peut passer, cessant, en revanche, lorsque ce contact n'a plus lieu.

On peut, par ce moyen et en réglant le balancier, avoir des interruptions de toute durée. Il est bon d'ajouter que la durée d'interruption est égale à celle de la reprise du courant.

M. Aimé Martin *(loc. cit.)*, envisageant à un point de vue particulier la regression des tumeurs fibreuses de l'utérus et la faisant dépendre d'une des formes de la force électro-motrice de la pile, celle à laquelle il donne le nom de force électro-atrophique, a été ainsi amené à rechercher le degré d'intensité de cette force dans les différentes piles et à se servir d'un autre appareil.

Ayant eu l'occasion de traiter un fibrome de la cuisse chez un malade très patient et qui ne recula devant aucune épreuve pour assurer sa guérison qui fut, du reste, complète, dit-il, M. Martin put faire une étude comparative de la force électro-motrice ou plutôt de la forme électro-atrophique de cette force.

D'après ses observations, l'action électro-atrophique est en raison inverse de l'intensité des courants, et ce fut ainsi à la pile de Daniell au sulfate de cuivre qu'il s'arrêta, comme lui donnant sous ce rapport les meilleurs résultats. Quoi qu'il en soit de cette force électro-atrophique, M. Martin fait voir par les treize observations déjà citées, qu'il a eu le plus grand succès dans son traitement des tumeurs fibreuses.

C'est ce qui nous engage à parler des appareils de la maison Chardin et Prayer, dont se servit M. Martin. Ces mêmes appareils, dirigés contre des fibromes, dans le service de M. Gallard à la Pitié, n'ont produit cependant aucun résultat, d'après la thèse de M. Pégoud (1).

Nous en empruntons la description à M. Martin : « L'élément du modèle Chardin et Prayer est composé d'un cylindre en cuivre servant d'enveloppe à l'élément, en même temps que de pôle positif, et bouché à ses deux extrémités. Dans ce cylindre se trouve

(1) Pégoud. *De la valeur des courants continus dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.* Thèse de Paris, n° 219, 1881.

ayant, pendant une séance, renversé le courant, il survint chez la malade une péritonite localisée dont toutefois elle guérit heureusement.

Ce fait doit mettre en garde les praticiens contre ces inversions brusques du courant.

Le nombre des éléments employés peut varier dans d'assez grandes limites. Tandis que M. Chéron en emploie jusqu'à 70, M. de la Roche estime qu'un nombre de 15 à 20 est suffisant. M. Chéron modifie aussi la résistance suivant les cas; M. de la Roche l'a constamment limitée à 2,000 unités.

La durée de la séance peut aussi varier ; elle doit être de cinq à quinze minutes suivant la tolérance des malades.

La durée d'interruption varie aussi ; dans les trois observations de M. de la Roche, le curseur du métronome était placé de façon à donner des intermittences d'une seconde. (*A suivre.*)

DE L'ÉTIOLOGIE ET DU TRAITEMENT INTRA-UTÉRIN DES ANTÉ ET RÉTRO-DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

Par le professeur K. Schroeder d'Erlangen

(Suite et fin)

Après avoir traité des causes qui déterminent les déviations de l'utérus, soit en avant, soit en arrière, et appuyé sur les connaissances acquises, passons à la thérapeutique. Vous savez déjà combien je considère comme efficaces les traitements orthopédiques au moyen des appareils intra-utérins. Toutefois, quoique je n'aie pas l'intention de nier que, dans des circonstances favorables, on puisse obtenir quelque chose sans ces moyens, pourtant on ne peut diriger un traitement, surtout celui des flexions, d'une manière tout a fait efficace sans recourir aux appareils *intra-utérins*. Nous ne tiendrons pas compte des cas très rares dont nous avons

fait mention, dans lesquels les déviations de l'utérus peuvent être déterminées par des causes internes. Cela arrive, en premier lieu, quand, en raison d'exsudats volumineux, l'utérus est chassé de sa position normale, ou bien quand il est tiré d'un côté par des adhérences inflammatoires. Dans ce cas, si les adhérences sont extrapéritonéales, on obtient souvent la résorption plus ou moins complète, même des anciens exsudats, en faisant usage de l'iodure de potassium administré à l'intérieur, associé aux demi-bains chauds, et, la cause cessant, la déviation de l'utérus cesse.

Dans d'autres cas, si un relâchement très prononcé de l'utérus est déterminé par la chlorose, en redonnant des forces à l'organe (bonne nutrition, règles de vie convenable, bains de mer, etc.) et par-dessus tout, au moyen du fer, on peut aussi obtenir la juste réduction de l'utérus relâché et fléchi.

Du reste, je ne cesserai d'attirer votre attention sur ceci : que, quoique je n'attribue qu'une faible efficacité à l'usage exclusif du fer pour le traitement des déviations utérines, je ne laisse pas que d'avoir grande confiance dans ce remède associé à d'autres, non seulement pour l'infirmité dont nous nous occupons maintenant, mais dans toutes les autres maladies des femmes, toutes les fois qu'on en trouve l'indication. Vous obtiendrez un succès beaucoup plus prompt et plus complet contre l'anémie ou la chlorose si vous ajoutez le fer aux autres remèdes indiqués, que si vous ne vous attachez exclusivement qu'à la cure locale.

Quant à cette dernière, qui est toujours la cause la plus importante, on est tenté de rendre à l'utérus sa situation normale au moyen de pessaires vaginaux. Pour moi, je n'admets ces essais exclusivement que dans les versions.

Pour guérir l'antéflexion, on n'obtient rien en opérant par le vagin, parce que le corps de l'utérus antéfléchi fait à peine abaisser la paroi vaginale, et parce que, en même temps, les pessaires vaginaux ont un point d'appui solide contre le cul-de-sac antérieur du vagin. Dans une rétroflexion importante, presque tous les pessaires exercent une certaine pression contre le fond de l'organe qui se trouve situé dans l'espace de Douglas. On peut pourtant (pourvu que d'autre part on ne prenne pas des points extérieurs

de fixation, qu'on doit proscrire pour bien des raisons) rendre cette pression assez douce pour que l'utérus ne soit pas trop soulevé. On ne doit jamais prétendre, cependant, corriger complète-la flexion quand, pour cela, le corps de l'utérus doit venir en avant.

Cependant, dans les versions, on doit considérer les pessaires comme efficaces, parce que, dans ce cas, l'utérus est résistant et ne peut se plier (autrement la flexion se produirait immédiatement) donc, en agissant sur la partie inférieure de son axe longitudinal, c'est-à-dire sur la portion vaginale, l'organe tout entier reprend sa place. Si vous voulez obtenir cela, je puis vous recommander avec pleine conviction, de préférence, les anneaux de caoutchouc de Mayer. Ils sont légers et se plient grâce, à leur élasticité, en s'adaptant à la forme individuelle du vagin. En outre, ils irritent très peu, ils accroissent seulement dans une légère mesure la sécrétion de la muqueuse vaginale et enfin on peut les laisser en place plusieurs semaines sans être obligé de les ôter pour les nettoyer. Ces anneaux de Mayer sont aussi efficaces parce qu'ils empêchent au moins une déviation considérable de la portion vaginale en avant ou en arrière et ainsi diminuent d'une façon importante le degré de la version. En outre, ils favorisent beaucoup la guérison en fixant fortement l'utérus à sa place, et en empêchant des déviations trop accentuées. Celles-ci ayant pour cause la tuméfaction de l'utérus ou le relâchement de tous les organes qui l'entourent, et prenant d'assez fortes proportions en raison des mouvements ordinaires de l'individu, ont pour conséquence des inconvénients considérables ; on obtient donc, précisément dans les versions, les succès les plus satisfaisants en se servant de ces anneaux. Ainsi, je me rappelle un cas, dans lequel l'utérus très peu fléchi était si fortement antéversé qu'on pouvait sentir son corps immédiatement derrière l'orifice vaginal et qu'il pouvait se présenter facilement en dehors des organes génitaux. Avec un anneau de Mayer, non seulement les désordres disparurent (ils consistaient principalement dans la difficulté d'uriner), mais encore, après que l'anneau eut été porté quelques mois, l'utérus reprit sa place normale. Il est probable que si l'anneau avait été

abandonné, l'antéversion fût revenue avec les désordres qui l'accompagnaient.

Les anneaux de Mayer peuvent encore agir avec une certaine efficacité contre les flexions. Quand l'utérus est considérablement augmenté de volume, comme par exemple dans le troisième mois de la grossesse, si on réduit alors l'utérus rétrofléchi et qu'on y applique l'anneau, l'organe conservera sa situation normale, grâce à l'anneau qui empêchera la portion vaginale de se rapprocher de la symphyse, et, de cette façon, le fond, augmenté de volume ne pourra plus s'abaisser à un niveau inférieur à celui du promontoire.

Les pessaires à levier de Hodge sont peu efficaces dans les versions pas plus que dans les flexions, il faut donner à leurs fils métalliques recouverts de caoutchouc, la forme convenable au moment de l'application. Ces pessaires présentent sur les autres le grand avantage de pouvoir se modifier selon les exigences de chaque cas spécial. Dans les flexions, ils exercent une action favorable quoique peu considérable, et, dans les versions, ils sont encore bien moins utiles, parce que leurs branches sont trop minces. Mais si, avec une courbure artificielle, ils viennent à exercer une pression contre la portion vaginale, ils l'entaillent. Ces pessaires ne se tolèrent généralement pas bien (sans parler des pessaires à leviers ouverts en avant, dont on ne peut pas du tout se servir); de sorte que j'ai mis entièrement de côté les pessaires de Hodge, et je ne les emploie que dans des cas spéciaux, lorsque je trouve indispensables les pessaires ayant une forme tout à fait particulière.

A priori, on peut admettre que, dans les versions, les pessaires dits *à contreversion*, formés de coton recouvert de caoutchouc avec une ouverture excentrique, peuvent rendre des services, quand ils ne s'appliquent pas de la façon qu'on recommande d'ordinaire, mais, par exemple, de manière à ce que, dans une antéversion, ils aient la partie la plus épaisse et la plus large appuyée en arrière de sorte qu'ils repoussent en avant la portion vaginale déviée. Je ne suis pourtant pas persuadé que, même de cette manière, on doive les employer, parce qu'ils se déplacent tellement dans le

vagin que, dans une antéversion par exemple, la branche la plus épaisse finit par se porter en avant, de sorte qu'ils accroissent le degré de la version. Dans les flexions, leur action est tout à fait illusoire.

Pour guérir les simples versions qui sont relativement assez rares, je puis vous recommander, de préférence, les simples anneaux de caoutchouc de Mayer, quoique dans les flexions, ainsi que dans les déviations mixtes, ils soient inefficaces. Ils peuvent alors seulement, par leur action sur la portion vaginale, reporter l'utérus à sa véritable place, quand cet organe n'a pas de tendance à se fléchir. Si cette tendance existe, même à un faible degré, l'anneau, en empêchant la déviation de la portion vaginale, augmente la flexion déjà existante, et, de la sorte, le corps de l'utérus reste presque dans la position primitive.

Pour ramener l'utérus fléchi à sa forme normale, avec une certaine assurance et pour un laps de temps plus long, nous n'admettons, comme ayant une action, que l'appareil de fixation qui s'applique dans l'utérus. Il est vrai que cet organe peut se redresser avec la sonde et même avec la main, mais, en opérant de cette manière, presque toujours l'utérus reprend sa déviation primitive tout de suite après, à moins que, comme je l'ai déjà dit, la rétroflexion ne soit accompagnée d'une augmentation de volume de l'organe, qui l'empêche de redescendre facilement au-dessous du promontoire. Il arrive seulement, par exception, que, dans les rétroflexions de fraîche date, l'utérus n'étant pas très augmenté de volume, la réduction peut être durable, Ainsi, chez une femme en couches qui, jusque-là, n'avait jamais eu de rétroflexion, j'ai obtenu la réduction persistante de la rétroflexion qui s'était déclarée soudainement quelques semaines après l'accouchement. Et, ainsi que je m'en suis assuré par des explorations répétées, la guérison fut complète. Chez une autre malade qui était accouchée pour la sixième fois, trois ans auparavant, j'ai observé qu'ayant fait la réduction de l'organe assez augmenté de volume et douloureux, les troubles consistant en abondantes métrorrhagies accompagnées de douleurs intenses, cessèrent complètement, tandis que l'utérus n'était presque plus rétrofléchi, mais seulement encore un

peu incliné, de telle sorte que la patiente ne suivit plus aucun traitement.

Malgré cela, comme je l'ai déjà dit, de tels succès après la réduction pratiquée une seule fois sont à considérer comme de rares exceptions, et alors, quand on a vu l'insuffisance de toutes les autres méthodes thérapeutiques, il faut avoir recours à la thérapeutique intra-utérine. Il ne faut pourtant pas oublier que la douche froide employée pendant longtemps sur l'utérus relâché, agit avec une grande efficacité. La thérapeutique intra-utérine ne devrait être abandonnée que quand il serait démontré qu'elle est tout à fait infructueuse ou dangereuse. Mais, d'après ma propre expérience, on ne rencontre jamais ni l'un ni l'autre cas.

On peut juger de l'inefficacité de la sonde intra-utérine quand, après avoir été employée longtemps d'une façon répétée, elle n'a donné aucun bon effet. Une guérison complète au moyen de la sonde utérine s'obtient seulement exceptionnellement dans le cas où une simple réduction manuelle pourrait, par aventure, donner un bon résultat.

On doit, d'autre part, rejeter les instruments intra-utérins quand ils doivent être fixés à leur place au moyen de soutiens extérieurs. Ceux-ci ne permettant pas à l'utérus la liberté de ses mouvements, chaque pression exercée sur l'étrier extérieur de l'appareil se transmet au corps de l'utérus, de sorte que celui-ci ne pouvant les éviter, est, en conséquence, exposé à des inflammations intenses.

A mon avis, les simples vergettes qui s'introduisent dans la matrice sans aucun appui immobile dans le vagin, ne présentent pas ce grave danger; et en outre quand elles sont appliquées adroitement elles donnent des résultats sérieux.

J'emploie exclusivement ces simples pessaires, et ceux même décrits par Veit, qui sont en ivoire, munis d'un bouton de bois résistant. Ils sont de différentes longueurs, depuis 4 1/2 centimètres à 6, la boule a un diamètre de 2 centimètres.

Ces vergettes sont introduites avec le doigt, en appuyant l'index gauche sur l'orifice utérin pendant qu'en se guidant sur lui on pousse dans l'utérus le bout du pessaire tenu de la main droite. Si l'orifice utérin est placé si haut, que le bouton dépasse l'orifice

vaginal avant que l'extrémité du pessaire ait rejoint l'orifice externe du col, alors, avec le bout de l'index droit, ou avec le pouce gauche, on pousse le bouton en avant dans le vagin. Quand l'extrémité du pessaire est arrivée dans le col, elle peut, en cas de flexion, sans difficulté s'introduire jusqu'à l'orifice interne. Pour le faire entrer davantage, il faut opérer une simple manœuvre, par exemple, s'il s'agit d'une antéflexion prononcée, à peine l'extrémité du pessaire est-elle arrivée au niveau de l'orifice interne, on pousse son bouton avec autant de force que possible en arrière et en haut, de cette façon, on arrive à rectifier complètement la flexion. C'est-à-dire que, même pour une flexion à angle très aigu, sans altérer la position, on fait prendre au col une direction telle que son canal parcourt presque la même direction que celle du corps. Ceci obtenu, le pessaire pénétrera sans autre résistance dans la cavité de l'utérus. Dans la rétroflexion on n'opère pas autrement, seulement on pousse le bouton en avant et au-dessus.

Cette manière d'opérer est la moins dangereuse, parce que le corps de l'utérus qui reste à sa place et dans lequel pénètre sans résistance le pessaire, n'est irrité en aucune façon. Il est beaucoup plus dangereux de vouloir redresser l'utérus en poussant violemment l'instrument dans la direction du col. Une paroi de l'utérus (la postérieure dans l'antéflexion, l'antérieure dans la rétroflexion) est toujours très maltraitée par ce procédé, de même que quand on veut essayer de relever l'utérus au moyen de la sonde.

Pour cette raison, je vous conseille absolument cette dernière opération et je vous recommande de faire usage le moins possible de la sonde dans le traitement des flexions. Vous avez déjà appris à diagnostiquer les flexions sans l'introduction de la sonde, au moyen de l'exploration combinée, dans laquelle la sonde est inutile ; si vous voulez mesurer avec précision la longueur de la cavité utérine, alors je vous recommande chaudement de faire usage d'une sonde mince en argent qui prenne facilement une courbure quelconque ; mais, avant de l'employer, vous devez lui donner la courbure correspondante à la flexion diagnostiquée. La sonde manœuvrée avec une certaine habileté, sans aucune force et sans faire changer la position de l'utérus, pénètre dans la cavité. Si ensuite

vous voulez redresser l'utérus, un conseil bien meilleur est d'employer le pessaire à vergette et de l'introduire de la manière suivante.

Cette introduction se fait d'ordinaire facilement avec la main, sans qu'il soit besoin d'autre appareil. Même dans les versions, la position qu'on doit faire prendre à la portion vaginale n'est pas une chose qui offre de graves difficultés, l'introduction est cependant très difficile quand l'*orifice* vaginal est très étroit, ce qui peut avoir lieu spécialement chez les femmes stériles et chez les jeunes filles. Chez celles-ci, l'orifice de l'hymen peut habituellement donner passage au doigt et au bouton, mais il peut arriver le contraire.

L'introduction est laborieuse quand, l'orifice vaginal étant très étroit, l'orifice extérieur de l'utérus est séparé du premier par une longueur égale à celle du pessaire. Dans ce cas, tandis que l'index ne peut abandonner l'orifice externe pour servir de guide au pessaire, le bouton doit dépasser l'orifice vaginal qui est occupé dans le même moment par le doigt et par le bouton. Etant donné que souvent la chose est impossible, il s'en suit de graves difficultés. Pour les surmonter, on peut saisir le bouton du pessaire avec une longue pince raboteuse et la conduire jusqu'à l'orifice vaginal, ensuite, au moyen de l'index gauche, diriger le bout du pessaire vers l'orifice externe qui dans tous les cas en est tout près. Enfin, pendant que le doigt se retire, pousser le pessaire dans la bonne direction à travers l'orifice vaginal. D'ordinaire l'introduction réussit, au moins après quelques tentatives inutiles. En attendant, il est plus simple de faire abaisser l'utérus par les parois abdominales de façon à ce que l'extrémité du pessaire arrive à l'orifice externe avant que le bouton ait dépassé l'orifice vaginal. Dans les cas où l'orifice utérin est très haut et l'orifice vaginal étroit, on introduit d'abord le pessaire dans le vagin et pu ., avec un doigt, on le soutient de façon que son extrémité puisse s'introduire dans l'orifice utérin ; cela peut ordinairement se pratiquer sans graves difficultés, et, cela fait, on saisit de nouveau avec la pince susindiquée le pessaire qui peut de cette façon être introduit.

Si vous vous en tenez à cette méthode, pour l'introduction du

pessaire, il est rare que vous puissiez rencontrer des difficultés au passage de l'orifice interne.

Avant d'aller plus loin, je veux vous faire remarquer qu'une contraction spasmodique de l'orifice supérieur peut constituer un obstacle de très courte durée. Cela m'est arrivé une seule fois chez u ne femme dont l'utérus augmenté de volume et très rétrofléchi donnait lieu aux symptômes les plus graves. Les douleurs abdominales étaient si violentes qu'elle avait presque complètement perdu le sommeil et l'appétit et était obligée de garder le lit et la chaise longue.

Après l'application pendant plusieurs semaines du pessaire intra-utérin, de la façon que je vais vous exposer, les douleurs se dissipèrent tout à fait et la malade fut en état de faire des promenades de longues heures. A dire vrai, après la première guérison, dans le cours d'une année et demie, la rétroflexion réapparut, mais néanmoins dans le second traitement qu'on est en train de pratiquer, nous obtenons la même disparition des symptômes intolérables ; chez cette malade, on s'aperçut que l'orifice interne, qui d'autre part était large, se contractait spasmodiquement quand l'extrémité du pessaire heurtait contre lui ; dans ce moment, le bouton était poussé avec force vers la face postérieure de la symphyse, de sorte que le pessaire pénétrait dans la direction de la cavité de l'utérus ; un obstacle invincible accompagné de fortes douleurs se rencontrait à l'orifice supérieur. Mais, une minute après environ, sans qu'il fut nécessaire de pousser plus fort, l'obstacle disparut si complètement que la vergette pénétra, avee la plus grande facilité et presque d'elle-même, dans l'utérus. Cet obstacle se surmonte donc en attendant un peu ; ainsi vous ne rencontrerez pas d'autre difficulté sérieuse dans l'introduction du pessaire intra-utérin.

La question la plus importante est maintenant de savoir ce qu'on obtient avec l'introduction de ces simples vergettes. La réponse est que, dans les versions, on ne gagne presque rien avec elles, et que, dans les flexions, on fait changer certainement la forme de l'utérus, mais non la direction du corps, de façon à ce que la flexion se réduit à une version. C'est-à-dire que, dans les flexions, le corps de

l'utérus se maintient presque dans sa première position, et que le col dévie de sa direction jusqu'alors anormale ; de sorte que vous avez fait disparaître l'angle formé par le corps et le col, mais vous n'avez pas altéré la position de l'organe. Avec cela on obtient quelques avantages. La dysménorrhée peut disparaître et peut être la stérilité qui, selon ma conviction, n'est pas produite par la direction défavorable de la portion vaginale, mais au contraire par l'étroitesse de l'orifice interne. De toute façon, il est désirable que la direction de l'organe soit aussi favorablement modifiée, quand on veut obtenir un succès.

Dans ce but, on ajoute au bouton du pessaire différents appareils qui doivent le fixer dans le vagin d'une façon déterminée.

Ces appareils qui ont un point d'appui à l'intérieur du bassin doivent être considérés comme dangereux, pour les raisons susexposées, tout le monde en convient.

Mais, en me conformant à l'avis d'Hildebrandt, Olshausen et autres, je considère comme dangereux ces appareils de soutien qui, fixés d'une façon immobile au pressaire, ont leur point d'appui dans le vagin, comme, par exemple, le régulateur de Martin. Ces appareils ont, en outre, le désavantage d'être incapables d'empêcher une descente partielle du pessaire hors de l'utérus. Le pessaire vaginal fixé à la vergette ne reste pas toujours si intimement adapté à l'orifice externe qu'il ne tombe facilement, et, dans ce cas, le pessaire intra-utérin peut sortir assez de la cavité utérine pour qu'il ne se trouve plus que dans le col, de sorte que la flexion continue à exister au-dessus de la vergette d'ivoire. Outre tout cela, il me semble que le pessaire ainsi fixé, même s'il reste tout à fait dans l'utérus, ne répond pas parfaitement au but.

Les moyens orthopédiques ne sont tout à fait efficaces que quand, sans trop limiter la mobilité de l'utérus, ils placent cet organe pour quelque temps dans la situation opposée à la position défectueuse que l'on veut corriger ; comme, par exemple, lorsque, après avoir fait disparaître l'angle d'une rétroflexion, on porte en arrière le bouton du pessaire intra-utérin. De cette manière on peut déterminer artificiellement une antéversion ; et, en obtenant

pour effet de faire tomber la pression abdominale cette fois sur la paroi postérieure de l'utérus, on se place dans les meilleures conditions de probabilité pour faire disparaître d'une façon durable la déviation préexistante. Hildebrandt a cherché à atteindre ce but en plaçant dans le vagin un anneau derrière lequel portait le bouton. Je soutiens que cela n'est pas du tout suffisant, l'anneau se fait place facilement dans la portion vaginale et le bouton ainsi que le pessaire sortent. Pourtant le résultat proposé s'obtient en modifiant le soutien vaginal du régulateur Martin de façon que, par exemple, dans une rétroflexion, on donne une plus grande épaisseur au bras qui vient en avant, pour que, à mesure que la portion vaginale se retire, un peu déviée en avant, le pessaire tourne dans le vagin.

Ma méthode pour obtenir un changement complet de position de l'utérus est la suivante :

Après avoir introduit, de la manière ci-dessus décrite (pour rester sur l'exemple de la rétroflexion) le pessaire intra-utérin, je pose entre la paroi vaginale antérieure et le bouton de la vergette assez de coton cardé pour que le bouton demeure comprimé en arrière, contre la paroi postérieure du vagin. Un dernier tampon de coton s'applique ensuite en avant du bouton pour en empêcher la chute. De cette façon, l'utérus s'anteverse un peu, comme la portion vaginale est dirigée en arrière, le corps soutenu par le pessaire ne peut se plier de sorte que la pression abdominale tombe sur la paroi postérieure de l'organe. Si l'utérus reste dans cette position sans interruption pendant quelques semaines, il s'y habitue, de sorte que, l'appareil ôté, il ne se fléchit plus, ou s'il reprend la déviation primitive, il ne le fait que petit à petit. Dans l'antéflexion, il faut naturellement employer la même méthode en remplissant de ouate le cul-de-sac vaginal postérieur, ce qui donne lieu à une légère rétroflexion artificielle. En opérant ainsi, l'utérus reste fixé de façon à ne pas pouvoir reprendre la position primitive ; mais pourtant pas de façon à ne pas pouvoir exécuter des mouvements très amples, surtout par la raison que les tampons de ouate appliqués dans le vagin diminuent de volume. Donc avec

notre méthode, on évite les dangers inhérents à une fixation trop immobile.

Certainement cette méthode n'est pas exempte de fatigue et de difficulté. Les tampons de ouate doivent être changés journellement pour deux raisons : En premier lieu, parce qu'ils s'imprègnent fortement de sécrétions altérées du vagin ; on pourra cependant éviter cet inconvénient en les imprégnant de glycérine, qui, si elle produit une sécrétion séreuse plus abondante, ne cause de troubles qu'au début. En second lieu, ils ne restent jamais exactement à l'endroit où on les a mis, et pour cette raison doivent être surveillés tous les jours. En aucun cas, ou du moins très rarement, d'après mon expérience, il ne faut laisser le pessaire sans moyen de soutien. La raison en est que, dans les rétroflexions, le pessaire quitte toujours sa place, et, dans les antéflexions, la partie intra-utérine de l'instrument ne peut se maintenir à la hauteur voulue et descend tellement qu'elle atteint à peine l'orifice interne utérin. Les autres moyens recommandés dans ce but, c'est-à-dire l'usage des différents pessaires vaginaux, comme aussi la méthode de fixer la vergette au vagin, de la façon indiquée par Winkel, n'agissent pas d'une manière sûre, exigeant une fréquente observation et avant tout n'empêchent pas que l'utérus ne reprenne la position primitive défectueuse, même après qu'on a fait disparaître la flexion. Au contraire, au moyen du tamponnage du vagin, pratiqué de la façon que nous venons de décrire, le pessaire intra-utérin est fixé de telle manière que le bouton reste en contact immédiat avec l'orifice externe ; c'est ainsi que l'utérus conserve d'une manière durable la situation opposée à la version primitive, tandis que l'appui que rencontre le pessaire n'étant que mou et sans résistance, permet encore à l'utérus des mouvements limités.

Quoique la méthode décrite demande trop de temps, à mon avis, je la considère pourtant comme plus efficace que les autres ; de toute façon, je crois que l'on obtient davantage en s'en tenant quelques semaines à ma méthode, qu'en faisant porter à la malade pendant des années le pessaire intra-utérin seul. Certainement je ne veux pas soutenir qu'on puisse réduire une déviation quelle

qu'elle soit de cette manière ; je confesse qu'assez souvent, dans bien des cas, cela n'est pas possible, par le motif que même, après la guérison, les mêmes causes qui ont produit d'abord la déviation, se reproduisent en peu temps, et qu'on n'a pas le moyen de les empêcher. Plusieurs flexions se réduisent pourtant complètement ; parmi celles qui se prêtent à un traitement orthopédique, on obtient la cessation des troubles et il s'en suit souvent une amélioration de longue durée ; je ne crois pas qu'on y arrive en peu de temps, elle vaut la peine et la patience du médecin et de la malade.

Nous devons insister encore un peu sur la principale objection qu'on peut faire au traitement orthopédique. Beaucoup soutiennent que tous les appareils intra-utérins irritent l'utérus, de sorte que le danger qui en résulte n'est pas compensé par le succès problématique. Je ne puis pas partager cette opinion. Je ne dis pas certainement que le traitement mécanique intra-utérin soit tout à fait exempt de dangers, mais je crois qu'en prenant les précautions nécessaires, les plus sérieux d'entre eux sont toujours conjurés, et, d'autre part, comme je crois cette méthode efficace, je demande : combien y a-t-il de moyens de guérison, externes on internes qui, étant avantageux, ne sont accompagnés d'aucune sorte de danger ? Mais, comme une des choses les plus pénibles qui puissent arriver à un médecin est de mettre en danger de mort par la thérapeutique employée pour la guérir de la stérilité ou de désordres relativement légers, une femme bien portante d'ailleurs qui a recours à lui, je considère comme un devoir strict d'user des plus grandes précautions. Ma pratique m'a démontré que, quand l'utérus s'est habitué pendant quelques jours à supporter le pessaire sans réagir sérieusement, il n'y a plus de crainte de danger ; plus je procède avec précaution, immédiatement après l'application de l'instrument, moins mes malades ont de crainte du traitement ; pour cette raison, je place toujours le pessaire de la malade et je fais en sorte que, dès le début, le corps de l'utérus ne bouge pas de place. De sorte que, s'il s'agit d'une version, celle-ci ne soit pas corrigée d'abord, et que s'il s'agit d'une flexion, le pessaire ne fasse pas autre chose que de faire disparaître l'angle de flexion. Après cela il est nécessaire que la

malade reste tranquillement au lit. Si on aperçoit des phénomènes d'inflammation, on ôte de suite le pessaire, mais si la malade le tolère, le 2e ou le 3e jour, on corrige la version au moyen de tamponnage. Et seulement après la réussite de ces moyens, grâce au repos au lit pour éviter d'irriter l'utérus, la malade peut se lever et marcher dans la chambre. Au 5e jour à peu près, elle peut sortir de la maison et reprendre son genre de vie ordinaire. A Bonn j'ai permis à mes malades de faire, avec le pessaire dans l'utérus, des promenades alpestres. D'après ce que j'ai observé, l'appareil n'irrite plus après ce laps de temps. Il reste en place plusieurs semaines de suite, temps pendant lequel l'utérus est obligé de prendre une direction opposée à la situation primitive et défectueuse, je l'enlève seulement pour des raisons de propreté, quoique cela ne soit pas absolument nécessaire. Ordinairement il est très facile de retirer le pessaire avec le doigt, mais si on rencontre de la difficulté, alors on l'enlève en saisissant le bouton avec une pince fixe.

Il m'est arrivé seulement deux accidents à la suite de l'introduction du pessaire, et, dans un des cas, la faute fut tout entière à la malade ; l'accident arriva à une femme de chambre qui avait une antéflexion congénitale et à laquelle j'appliquai un pessaire intra-utérin, à la clinique de Bonn. Quoiqu'elle en eût été bien prévenue, elle supporta pendant toute la nuit les douleurs qui avaient deja paru dans la soirée sans demander qu'on lui enlevât l'instrument, de sorte qu'au matin, après douze heures de douleurs intenses, le pessaire fut retiré. Il se déclara une péri et paramétrite interne avec une tumeur assez volumineuse à droite de l'utérus, qui lui-même était gouflé et douloureux. La tumeur se réduisit peu à peu et l'utérus enflammé et épaissi resta plus tard simplement antéversé. Dans un autre cas, il se produisit dans le tissu conjonctif péri-utérin, très lentement et sans phénomènes inquiétants, une inflammatton qui se dissipa après l'enlèvement du pessaire. L'application du pessaire, renouvelée plus tard, corrigea le vice de l'utérus. En dehors de ces cas, il ne m'est jamais arrivé d'observer des suites désagréables, quoique quelquefois j'aie dû renoncer momentanément au traitement

intra-utérin en raison des douleurs qui se produisaient.

Du reste, il est très important que l'opérateur sache choisir d'avance les cas favorables pour ce traitement, c'est-à-dire ceux dans lesquels il peut espérer la guérison ou au moins une amélioration, et dans lesquels il n'existe pas de risques sérieux.

Pour conclure, je veux, en peu de mots, vous parler des cas suivants : Cette méthode réussit admirablement quand il s'agit d'une antéflexion congénitale d'un degré considérable Parce qu'il fait assez diminuer la flexion pour que les désordres qui en résultaient disparaissent, et particulièrement la dysménorrhée qui peut être assez intense pour conduire même des jeunes filles à s'assujettir au traitement. En outre, il peut amener la conception après une stérilité de plusieurs années. Au moyen de la fécondation, l'antéflexion peut se guérir complètement, comme j'ai pu m'en convaincre dans deux cas. Aux antéflexions acquises qui se rencontrent chez des femmes qui ont eu plusieurs enfants, dont l'utérus est entièrement relâché ou seulement dans la région de l'orifice interne et antéfléchi, comme conséquence, cette thérapeutique s'adapte beaucoup moins bien, quoique pourtant, même dans ce cas, le pessaire puisse agir utilement contre les symptômes. Ainsi, chez une femme, ayant eu plusieurs enfants, que j'ai traitée, qui souffrait d'un hystéricisme complet, d'aphonie, de paralysie des extrémités inférieures, ces symptômes disparurent après l'application du pessaire. Par principe, on ne doit pas oublier cette méthode, dans les cas où l'utérus est fixé par des adhérences ou est dévié antérieurement par un fibroïde. Cependant, chez la femme que j'ai mentionnée plus haut, chez laquelle le pessaire avait, dès le début, déterminé une paramétrite avec adhérence de l'utérus et une antéflexion très prononcée, quand le tissu connectif péri-utérin ne fut plus douloureux et qu'on ne sentit plus l'existence d'aucune tumeur, le traitement intra-utérin renouvelé plus tard ne reproduisit plus aucune inflammation.

Dans les antéversions pures, l'utérus est, d'ordinaire, si sensible que le pessaire ne peut être supporté. Malgré cela, j'essayai de l'employer chez une jeune personne affectée de métrite et qui avait au fond de l'utérus un fibroïde, dans le but de la soulager

de symptômes. Mais je dus y renoncer à cause des douleurs que cette application éveillait.

Souvent le traitement intra-utérin rend de bons services dans les rétroflexions, surtout quand il s'agit de femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Une femme hystérique, stérile depuis huit ans, souffrait d'une céphalalgie intense. Traitée par ma méthode, les douleurs disparurent, l'utérus reprit sa position normale après quelques semaines de traitement, et quelques semaines après elle conçut de nouveau. Même chez les nubiles, où la rétroflexion est la cause de désordres sérieux, on peut les faire disparaître en toute sûreté de la manière susdite.

Une thérapeutique semblable est moins souvent utile dans les rétroflexions de l'utérus des femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. La raison en est que, quoique ces rétroflexions produisent des désordres, ils ne sont pas tels qu'ils puissent obliger celles qui en souffrent à s'assujettir à un traitement de longue durée. Mais si ces désordres, comme dans la malade susmentionnée, sont accompagnés de crampes de l'orifice interne, le pessaire rend d'admirables services.

Le traitement orthopédique doit être exclus quand il existe des adhérences dans l'espace de Douglas, ou des fibroïdes qui tirent l'utérus en arrière.

On a rarement recours au pessaire intra-utérin dans les rétroversions pures. Dans beaucoup de ces cas, l'utérus est fixé en arrière. Dans d'autres, il est enflammé, de sorte que ce traitement est contre-indiqué. Dans les cas où l'organe est dans des conditions normales, on pourra encore espérer un bon succès du traitement intra-utérin, mais les désagréments en sont si légers que les malades ne s'assujettissent pas pour cela à un traitement de longue durée.

Pour conclure, je vous recommande vivement encore une fois cette thérapeutique intra-utérine des déviations. Sans elle, vous pourrez peu vous adonner au traitement de ces maladies, tandis que si vous savez bien faire le choix des cas et si vous usez des précautions voulues, une telle thérapeutique est suivie d'effets

très satisfaisants, sans mettre en danger ni la vie, ni la santé des malades qui se confieront à vous.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 *mars* 1882. — *Présidence de M. Charcot.*

Fibromyome de l'utérus double et symétrique, sessile a gauche, pédiculé a droite, n'ayant provoqué aucun trouble menstruel malgré son siège au niveau des deux angles de l'utérus,

Par M. H. Dauchez, interne des hôpitaux.

La nommée L. G..., née à Cambrai, âgée de 40 ans, profession tapissière, est entrée le 3 février 1882, salle Henri IV, lit n° 66, à l'hôpital Saint-Louis. Maigre, chétive et portant les traces d'une misère profonde, cette femme, qui n'est pas mariée, habite Paris depuis longtemps. Après avoir été soumise à de rudes privations, abandonnée par ses parents, elle s'est vue réduite à habiter un garni malpropre où elle a bientôt été dévorée par la vermine. Elle porte en effet des traces non douteuses de grattage dans le dos, sur les cuisses, autour des épaules et sur la région de la nuque. Entre les orteils, nous trouvons aussi des pustules d'ecthyma qui sont écorchées, ulcérées.

La malade paraît en outre assez nerveuse : ses pupilles sont dilatées et irrégulières; antécédents alcooliques très prononcés. Elle est bien réglée; néanmoins, elle n'a jamais eu d'enfants. Les règles sont régulières, peu abondantes, durant 48 heures environ.

6 février. La malade se met au lit et se plaint d'un point de côté, d'ailleurs assez léger. Dans la soirée, nous la trouvons assoupie, sans fièvre.

7 février. A la visite du matin, nous trouvons la malade assoupie, respirant régulièrement. Pendant la nuit, ses voisines la voient se débattre un instant. Nous la trouvons morte dans son lit le 8 février, au matin.

Autopsie, le 9 février 1882. La plèvre gauche est remplie d'une énorme quantité de sérosité citrine qui a refoulé le cœur à droite, le diaphragme en bas, et le poumon assez haut. Cette pleurésie a débuté insidieusement et sans bruit et s'est étendue dans la soirée et la nuit, à tel point que nous n'avons pas eu matériellement le temps de faire la thoracentèse. Le cœur et les reins sont gras.

L'utérus est devenu tellement irrégulier et informe que nous avons d'abord peine à le reconnaître : son angle supérieur gauche a la forme d'un gros œuf de pigeon, assez régulier d'ailleurs et lisse à sa surface, de consistance ferme et dense. Le péritoine qui le recouvre est un peu aminci ; au sommet de cette tumeur, nous trouvons la trompe de Fallope qui traverse la tumeur dans toute son épaisseur. A la coupe, il est facile de voir que cette tumeur est un fibromyome sous-péritonéal en voie d'évolution. Son tissu est blanchâtre, formé de couches concentriques stratifiées comme les veines d'une bille d'agate.

Du côté opposé, nous trouvons également l'utérus malade : au niveau de l'angle droit, immédiatement en dedans de l'insertion de la trompe, nous trouvons une tumeur pédiculée blanchâtre, ayant la forme et le volume d'un marron d'Inde, bosselée, recouverte d'un réseau veineux assez riche. Le pédicule de cette tumeur, long d'environ 5 à 6 cent., permet à la tumeur de flotter librement dans la cavité abdominale. Il est sillonné dans toute sa longueur par un riche réseau de capillaires qui se rendent évidemment dans le fibromyome, ainsi qu'il est facile d'en juger par la coupe que nous en avons faite. Cette coupe montre en effet : 1° Que le fibromyome sous-péritonéal dont il vient d'être question est formé de 2 noyaux principaux accolés l'un à l'autre, séparés par quelques vaisseaux, surmontés eux-mêmes d'un petit kyste séreux actuellement affaissé par le contact prolongé de l'alcool. 2° Que des vaisseaux veineux ont pénétré dans ces noyaux isolés du reste de l'organe.

L'utérus est lui-même farci d'autres noyaux fibreux que l'on trouve également en grand nombre au voisinage de l'insertion de la trompe droite ; sa cavité, refoulée à droite de son axe normal, diminuée, est complètement déviée et ne peut être retrouvée qu'après quelques tâtonnements à l'aide de la sonde cannelée introduite par le col utérin.

L'ovaire est sain, mobile et couvert de cicatrices, preuve irrécusable des ovulations successives.

Réflexions. De cette observation, nous pouvons conclure : 1° Que la présence de deux fibromes utérins siégeant aux deux angles de l'utérus n'empêche pas l'écoulement menstruel, quoiqu'il soit souvent impossible de retrouver l'ouverture des trompes au milieu des tissus indurés. 2° Que, contrairement à l'opinion de Clarke, les fibromyomes pédiculés de l'utérus reçoivent assez souvent des vaisseaux nourriciers.

(*Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 8 décembre 1882.

Communication. Kyste uniloculaire de l'ovaire.

Par M Paquet,

Dans la dernière séance d'octobre, je vous ai présenté une dame de 32 ans, à laquelle j'avais enlevé un kyste multiloculaire de l'ovaire. Aujourd'hui, j'ai l'honneur de vous montrer un kyste uniloculaire, provenant d'une dame âgée de 35 ans, bouchère à Dunkerque, que j'ai opérée il y a environ un mois.

Cette dame, qui est maintenant complètement guérie, m'avait été adressée, au mois de mai dernier, par M. le docteur Bréynaert (de Dunkerque), ancien élève de notre Faculté. Sur mon conseil, M. Bréynaert fit une première ponction, qui donna un liquide clair et filant, ainsi, du reste, qu'une autre ponction pratiquée à la fin d'août.

En octobre, la malade étant fortement incommodée par sa tumeur, qui avait repris son premier volume, demanda l'opération avec instance. Elle loua une maison à Rosendaël, près du Casino, et par conséquent au bord de la mer. C'est là que je l'opérai, avec le concours de MM. les docteurs Vézien, Villette, Bréynaert et de mon chef de clinique, M. Muller.

Je me contente de vous signaler les points les plus saillants de l'opération. La ponction fit sortir du kyste dix litres et demi d'un liquide analogue à celui qu'avait obtenu M. Bréynaert antérieurement. Comme il n'y avait pas d'adhérences, il fut ensuite facile

d'amener la tumeur au dehors. Le pédicule, qui était court, ne fut pas rentré dans l'abdomen. Deux broches suffirent à le fixer. J'avais oublié de prendre du fil d'argent; aussi fus-je obligé de faire les sutures profondes et superficielles avec du catgut. Le péritoine, selon la règle que j'ai adoptée, ne fut pas compris dans les sutures.

L'opérée fut soumise au régime lacté. Il survint, le sixième jour, un ballonnement énorme du ventre, dû évidemment à la constipation. M. Bréynaert me fit part de cet accident par dépêche, en me priant de venir le plus tôt possible. Je répondis qu'un purgatif et des lavements suffiraient, très probablement, à faire disparaître cette complication. C'est ce qui arriva en effet.

Il se déclara le septième jour une cystite catarrhale assez intense, qu'il faut attribuer à ce que le cathétérisme fut, jusqu'à ce jour-là, pratiqué quatre fois dans la journée. Il convient, je crois, pour éviter cet accident, de ne pas faire le cathétérisme au delà du quatrième jour. Le cathéter n'est pas toujours dans un état de propreté absolue, et son contact répété finit par irriter la muqueuse vésicale.

Je revis l'opérée le neuvième jour, et pus constater que la moitié au moins des sutures profondes, faites comme je l'ai dit, avec du catgut, avaient provoqué de la suppuration. Les fils d'argent, il est important de le faire remarquer, ne sont jamais irritants à ce point. Du reste, cette petite complication n'eut aucune suite fâcheuse. Le pus disparut avec les fils.

Le fil de ligature du pédicule est tombé le dix-septième jour. M. Bréynaert m'écrivait, quelques jours après, que la cicatrisation était complète et que l'opérée avait repris ses occupations.

Le kyste ayant été conservé dans l'alcool, est un peu ratatiné. Il est uniloculaire, comme vous pouvez le voir. Il existe, sur la paroi, une plaque calcaire assez étendue. L'ovaire, que j'ai incisé, était rempli d'une foule de petits kystes.

Chose assez curieuse, on aperçoit sur la surface de la poche, en un point diamétralement opposé à l'ovaire et au pédicule, un appendice frangé, qui ressemble beaucoup au pavillon de la trompe de Fallope. Est-ce réellement ce pavillon? Une dissection fine pourra seule donner, à cet égard, des renseignements certains.

Cette ovariotomie est la cinquième que je pratique et c'est mon cinquième succès.

M. Castiaux. — De quelle façon M. Paquet a-t-il lié le pédicule?

M. Paquet. — Le pédicule a été lié avec du fil de soie n°4, de la maison Desnoix, puis maintenu au dehors, à l'aide de deux broches assez analogues à des aiguilles d'emballeur. Je préfère, de beaucoup, cette méthode au clamp. Le clamp est lourd; il s'applique directement sur la paroi abdominale et gêne le nettoyage.

M. Castiaux. — Je ne suis pas, non plus, partisan du clamp. Dans l'opération que j'ai pratiquée, j'ai maintenu le pédicule au dehors, à l'aide de deux aiguilles d'emballeur.

SOCIÉTÉ OBSTETRICALE DE LONDRES

Séance du 6 décembre 1882.

Membrane caduque. — M. Cleveland présente un sac membraneux en forme de doigt de gant, expulsé quarante-huit heures après l'accouchement, par une femme chez qui il avait constaté déjà cette particularité lors d'un premier accouchement. L'examen le plus minutieux ne put lui faire découvrir trace d'un double utérus.

Abcès péri-utérin. — M. Greffith présente des pièces montrant un abcès péri-utérin situé en arrière de l'utérus et du ligament large, déplaçant et comprimant le rectum, et s'ouvrant par trois orifices dans le vagin, le col utérin et le rectum.

Du sens dans lequel se fait la contraction utérine. — M. Godson présente un utérus enlevé par l'opération de Porro, dont la tunique séreuse accusait parfaitement les plis formés par la contraction des fibres musculaires sous-jacentes.

Rétention du placenta. — M. Wynn Williams présente un placenta qui a été retenu dans l'utérus pendant trois mois, après un avortement, et qu'il a retiré après ce temps.

Fibromes enlevés par la section abdominale. — M. Banlock présente cinq fibromes utérins pesant de 2 à 13 livres, qu'il a enlevés par la voie abdominale. Il a obtenu quatre guérisons; une seule malade est morte. Dans chaque cas, il s'était servi pour fixer le pédicule du serre-nœud de Kœberlé, dont il a toujours eu à se louer. Il croit que, quelque puisse être l'avenir réservé à l'oophorectomie, cette opération n'aurait pu rendre les mêmes services que l'hystérectomie dans les cas actuels.

Nouvelle lampe. — M. Aveling présente une modification de la

lampe de Swanm, construite de façon à pouvoir être introduite dans les cavités du corps, pour servir dans les explorations endoscopiques.

Rupture du périnée; nouveau procédé opératoire. — M. Wynn Williams lit un mémoire sur ce sujet. Dans cette opération, on commence par aviver les bords de la déchirure, comme on le fait d'habitude. Puis on dissèque sur le plancher du vagin un lambeau de tissu d'environ 1 centimètre d'épaisseur et d'une longueur suffisante pour atteindre jusqu'au niveau de la surface avivée. On passe ensuite des sutures à travers les surfaces mises à nu, de façon à maintenir leurs bords et ceux du lambeau en contact avec les bords de la déchirure, et l'on fixe les sutures comme d'habitude. On procède de la même façon quand la déchirure a atteint le sphincter anal, mais les sutures comprenant la paroi rectale seront fixées dans la cavité du rectum, et l'on placera les sutures profondes avant de s'occuper d'amener le lambeau dans la position qu'il doit occuper.

Grossesse compliquée de cancer utérin; opération césarienne; guérison. — M. Edis lit un travail sur ce sujet. La malade entra à l'hôpital en novembre 1881. Onze mois auparavant, elle avait commencé à accuser des douleurs et avait eu des hémorragies. Elle était enceinte de six mois et portait un épithélioma qui embrassait presque toute la circonférence du col et la plus grande partie de la paroi vaginale postérieure. En février 1882, les douleurs du travail s'annoncèrent et le col se dilata environ comme le diamètre d'une pièce de 5 francs. On jugea impossible de faire l'accouchement par les voies naturelles et l'on pratiqua l'opération césarienne. L'enfant naquit en état syncopal, mais la respiration s'établit promptement. La mère se rétablit et, au mois de septembre dernier, son affection n'avait guère fait de progrès.

Deux cas d'accouchements compliqués du cancer du col. — M. Herman communique les deux observations suivantes :

Dans le premier cas, on sectionna la partie malade avec des ciseaux, on la cautérisa, et l'on fit ensuite l'extraction par le forceps. Puis il se forma une fistule vésico-vaginale, suivie de phlébite, qui amena la mort.

Dans le second cas, on enleva des masses de tissu malade avec l'écraseur, le doigt et les ciseaux, sans hémorragie notable, puis l'on fit une application de forceps. La mère guérit.

(*Journal de médecine de Paris.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 *mars* 1883. — *Présidence de M. P. Bert.*

EXPULSION DE LA CADUQUE UTÉRINE

M. Doleris relate l'observation d'une malade observée par M. Charpeintre, qui, pendant trois grossesses successives, a expulsé, bien longtemps avant l'accouchement, une membrane parfaitement distincte, que l'examen histologique montra être constituée par la caduque utérine.

Cette caduque était malade, et ses altérations consistaient surtout dans la présence d'épanchements sanguins entre ses éléments figurés.

Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est que la caduque utérine ait pu être malade au point de se détacher, sans que pour cela il y ait eu d'avortement.

M. Budin. — Y avait-il eu avant cela une maladie utérine quelconque ?

M. Doleris. — Les renseignements fournis par la malade sur ce point sont absolument négatifs.

La séance est levée à cinq heures et demie.

(*La Semaine médicale.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 12 *mars.* — *Présidence de M. Brouardel.*

ATTRIBUTIONS DES SAGES-FEMMES

M. Chaudé donne lecture d'un rapport rédigé, au nom de la Société, sur la demande de MM. Labéda et Broquère, de Toulouse, présidents des associations médicales de la Haute-Garonne et de Toulouse. Nos confrères avaient prié la Société de médecine légale de donner son avis motivé sur les questions suivantes :

« 1° Les sages-femmes ont-elles le droit d'afficher qu'elles traitent les maladies des femmes ?

» 2° Les présidents des associations médicales ont-ils été fondés

» à appeler sur ce point l'attention du magistrat chargé de la police » des voies publiques? »

A la première question, M. Chaudé répond que les sages-femmes, par suite des études spéciales et limitées auxquelles on les oblige, ont seulement le droit de pratiquer les accouchements qui se présentent dans les conditions ordinaires. Leur mission est limitée à ce qui précède, accompagne ou suit la parturition.

Une sage-femme qui sort de ces attributions commet incontestablement le délit d'exercice illégal de la médecine et peut être poursuivie pour ce fait. Si elle affiche qu'elle traite les maladies des femmes et qu'en réalité elle ne le fasse pas, elle trompe le public.

Pour ce qui est de la seconde question, M. Chaudé dit que tout individu a le droit de signaler un acte délictueux, ou de porter plainte au procureur de la République, ou bien encore d'assigner l'auteur du fait, soit par-devant le tribunal correctionnel, soit par-devant le tribunal civil.

Les poursuites peuvent être faites au nom de chacun des membres d'une société médicale quelconque, mais pour être recevables, il est essentiel qu'elles soient faites individuellement.

MM. Pénard et Laugier font observer que des faits semblables ceux que signalent les médecins de Toulouse sont très fréquents dans les grandes villes, surtout à Paris.

M. Léon ne pense pas que l'annonce seule de traiter les maladies des femmes constitue un délit; à cette annonce' il faut joindre le fait de la pratique elle-même. C'est ce fait seul qui est délictueux.

M. Chaudé croit que la sage-femme a le droit de mettre sur un tableau qu'elle traite les maladies des femmes; mais en agissant ainsi et bien qu'elle ne soigne pas ces maladies, une sage-femme trompe le public en faisant croire qu'elle possède certaines capacités légales dont, en réalité, elle est absolument dépourvue.

M. Rocher dit que tout ce qui n'est pas défendu est permis. Or, la loi ne donne aucun moyen légal de s'opposer à l'inscription signalée et aucune sanction contre ce fait.

M. Pénard juge que, d'après les avis des membres du barreau qui viennent de parler, on peut annoncer qu'on commettra un délit et ne pas le commettre.

Dès lors, il serait bon que le rapport fût rédigé en conséquence, afin que les médecins de Toulouse fussent parfaitement renseignés par la Société.

M. Boudet pense aussi que l'annonce faite par une sage-femme qu'elle traite les maladies des femmes, ne constitue pas un délit ; la pratique seule du traitement est délictueuse.

M. Léon ajoute que, pour commettre un délit, il faut avoir fait quelque chose que la loi punit. Or, l'annonce faite sur un tableau par une sage-femme qu'elle traite telle ou telle maladie, ne tombe sous le coup d'aucun article de loi.

M. le président estime qu'il ne faudrait pas engager les médecins de Toulouse dans des démarches dont le résultat ne serait pas favorable. Il vaut mieux leur dire la vérité et leur exprimer, au nom de la Société, le vif regret que la loi n'ait pas prévu le fait qu'ils signalent. En conséquence, il y a lieu d'ajouter au rapport de M. Chaudé un paragraphe qui exprime l'opinion qui vient d'être émise et qui paraît être l'avis de la majorité.

Le rapport de M. Chaudé, mis aux voix, est adopté à l'unanimité avec addition d'un paragraphe spécial portant en substance : La Société pense que la loi ne s'oppose pas à ce que les sages-femmes affichent qu'elles traitent les maladies des femmes ; mais la loi défend expressément aux sages-femmes d'exercer la médecine, en dehors de la pratique des accouchements.

Le bureau et la commission sont chargés de cette rédaction supplémentaire. La réponse ainsi complétée sera ensuite adressée à MM. Labéda et Broquère.

La séance est levée à cinq heures et demie.

(*La Semaine médicale.*)

REVUE DE LA PRESSE

DE L'HÉMORRHAGIE POST-PUERPÉRALE

De tout temps la question des hémorrhagies puerpérales a préoccupé le monde médical. En effet, il n'est pas d'inquiétude plus grande dans la pratique obstétricale que l'imminence constante d'une hémorrhagie.

Cette question d'ailleurs est trop grave, trop intéressante et trop de tous les jours, pour qu'on ne doive pas chercher à l'élucider.

On sait comment on peut combattre et vaincre l'hémorrhagie pendant la grossesse, pendant le travail; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de l'hémorrhagie après l'accouchement, les moyens nombreux et variés mis en œuvre par les accoucheurs ne témoignent que trop de leur incertitude et de leur infidélité.

N'y a-t-il aucun espoir de trouver mieux? Voyons plutôt. Il faut d'abord admettre ce fait incontestable, à savoir, que les hémorrhagies *post partum* ne se présentent pas toutes de la même manière et n'exigent, par conséquent, pas un traitement identique.

L'hémorrhagie peut se produire avant ou après la délivrance, elle est active ou passive, c'est-à-dire primitive et foudroyante ou secondaire, inerte, tardive, si l'on veut, et ne faisant pas courir à l'accouchée un danger immédiat.

La première a lieu ordinairement dans les premiers moments qui suivent l'accouchement, c'est surtout après une application de forceps ou un accouchement laborieux que le sang coule à flots; l'utérus semble alors se débonder comme un tonneau; et, en quelques instants, l'accoucheur est en présence d'une malade pâle, froide, exsangue, dans un état syncopal voisin de la mort; et si jamais une rapide et efficace intervention peut faire pencher la balance entre la vie et la mort, c'est assurément à ce moment; ainsi, dans le cas d'une hémorrhagie foudroyante, on doit agir avec célérité et se servir des moyens les plus propres à enrayer un accident qui peut devenir mortel en peu de temps; ces moyens nous les indiquerons bientôt.

L'hémorrhagie secondaire n'arrive quelquefois que quelques heures après la délivrance ou à plusieurs jours d'intervalle et elle débute le plus souvent lentement. Dans ce cas, tout en préconisant des moyens actifs, l'accoucheur moins surpris, moins angoissé, a plus de temps pour agir et pour faire l'essai des remèdes que la science gynécologique met en son pouvoir.

Ainsi, quelle que soit la cause de l'hémorrhagie, qu'elle ait lieu par inertie de la matrice, défaut de régression, par congestion de l'organe, par la rétention de fragments du placenta, un cotylédon ou des restes de membranes, soit encore la déchirure du col utérin, dans tous les cas, il faut arrêter l'hémorrhagie le plus rapidement possible

Si l'hémorrhagie persiste après l'accouchement, et avant la sortie du délivre, on doit, d'après le précepte unanime des auteurs, procé-

der au décollement du placenta et s'empresser de l'extraire, en tirant sur le cordon, et, si besoin est, en portant la main dans la matrice, il est rare que celle-ci, débarrassée des annexes du fœtus, ne se contracte et que la perte ne cesse pour ne plus revenir. Une méthode, qui a prévalu dans ce cas, jugée fort utile dans ces derniers temps, et n'offrant aucun inconvénient, c'est l'administration d'un gramme de seigle ergoté en une ou deux prises immédiatement après la délivrance, et qu'on répète une heure après, afin de faire contracter autant qu'on peut la matrice.

Dans tous les cas la femme accouchée doit être, pendant plusieurs heures, l'objet de la surveillance la plus absolue ; il faut la faire coucher horizontalement, c'est-à-dire à plat, les cuisses relevées, exciter, par des frictions avec la main et par la compression, l'utérus à se contracter ; placer des linges propres sous le siège pour surveiller attentivement la perte qui se produit par la vulve.

Si, après avoir fait régulièrement l'extraction du délivre, donné tous les soins convenables, pour opérer le retrait de l'utérus et avoir pris toutes les précautions que réclament les suites immédiates des couches, la métrorrhagie se produit, il faut se hâter de l'arrêter.

Dans tous les cas, que l'hémorrhagie soit active et foudroyante, ou passive et lente, nous estimons que les moyens les plus prompts et les plus puissants pour la combattre sont : la *compression de l'aorte* et la *réfrigeration*. Ces deux moyens combinés et agissant simultanément sont infaillibles; en effet, pendant une pratique de quarante ans, en ville et à la Maternité, nous n'avons jamais eu d'insuccès à enregistrer.

De quoi s'agit-il, en effet? d'empêcher le sang d'arriver dans la matrice et de provoquer la contraction de cet organe ; or, la compression de l'aorte et l'application du froid remplissent ces deux indications et nous ne croyons pas qu'il y en ait de plus propres à les remplir. Voici comment nous procédons : nous comprimons avec une main l'artère aorte qu'on atteint facilement et faisons verser de l'eau froide dans ce creux produit par la pression de la main qui forme ainsi un cône renversé ; on tient en même temps l'autre main plongée dans un vase d'eau froide, un instant après on retire la première main et on la remplace par celle qui est refroidie; ainsi de suite.

Or, voici ce qui se produit; en retirant la main qui opère la compression de l'aorte, l'eau, qui était contenue dans le creux s'épanche, par l'élasticité des tissus, en nappe sur le bas-ventre et sur le

haut des cuisses et occasionne, en s'évaporant, un froid si sensible que les parturientes ne manquent jamais de l'accuser ; il se produit, en effet, alors un frisson ou un saisissement analogue à celui qui suit souvent la délivrance et qui indique que l'hémorrhagie a cessé.

Nous faisions autrefois pomper l'eau qui couvrait la main opérant la compression, avec une éponge ou un essuie-main, afin de ne pas mouiller la couche de l'accouchée; mais nous préférons la faire mettre les jambes en dehors du lit, comme pour un accouchement laborieux; alors l'eau s'écoule sans mouiller le linge. Il y a d'ailleurs avantage à laisser la malade à découvert durant cette opération.

On comprend comment ces deux moyens, la compression et le froid, doivent concourir et se compléter pour arrêter l'hémorrhagie. Car, en supposant que la compression ne soit pas complète, qu'une certaine quantité de sang continue à traverser l'aorte et que les artères utérines et ovariques fournissent encore un écoulement considérable, le froid n'agit-il pas ici comme le styptique le plus efficace! En résumé, la méthode que nous préconisons, c'est-à-dire la compression et le froid employés simultanément, est une méthode simple et facile; elle n'expose à aucun danger; elle présente surtout cet avantage inappréciable, qu'un des moyens supplée à ce que l'autre peut avoir de défectueux. Je dois ajouter que nous n'avons jamais été obligé de prolonger longtemps ce procédé : dix minutes, un quart d'heure au plus, ont toujours suffi pour triompher d'une hémorrhagie, quelle que fût sa violence. Nous évitons ainsi la douleur et les inconvénients que pourrait occasionner la compression pour le péritoine.

Ceci n'empêche en rien de recourir à un traitement interne; de faire prendre quelques prises de seigle ergoté ou tel autre remède, comme aussi de recommander à l'accouchée de respirer largement, etc. On a d'ailleurs tout le temps, en cas de craintes d'un retour de l'hémorrhagie, d'employer les autres moyens que la science a préconisés. Ces craintes sont surtout justifiées, quand l'hémorrhagie est due à des causes générales, qu'il faut agir sur la plasticité et la constitution même du sang altéré par des maladies constitutionnelles.

Nous concluons donc que, si jusqu'à ce jour, les moyens qu'on a employés, pour triompher de l'hémorrhagie post-puerpérale, sont parfois inefficaces, c'est qu'on ne s'est préoccupé que d'un seul

moyen, au lieu de recourir au même moment à la combinaison de plusieurs; et que, tandis qu'un accoucheur préconisait la compression sans le froid, un autre accoucheur, le froid sans la compression, ils restaient tous les deux au-dessous de l'indication à remplir.

Cette méthode d'ailleurs nous a toujours paru si simple et d'une application si facile qu'on nous pardonnera de l'avoir décrite si minutieusement.

Dr Ébrard (*de Nîmes*).

(*Concours médical.*)

RÉTENTION D'OS FŒTAUX PENDANT DIX-NEUF MOIS DANS L'UTÉRUS

Le Dr Schramm rapporte le cas d'une femme âgée de 32 ans, mariée depuis douze ans, qui avait huit enfants. Les quatre premiers accouchements avaient été normaux. Les quatre derniers étaient arrivés à terme, mais les enfants étaient mort-nés. Le dernier accouchement avait été très laborieux et avait duré près de quatre jours.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie post-puerpérale, mais le placenta ainsi que les os du crâne et quelques-unes des vertèbres du fœtus macéré étaient restés dans la cavité utérine. Quelques semaines après il se fit un écoulement purulent par le vagin. Pendant les six ou sept derniers mois, on trouvait parfois des débris osseux dans l'écoulement vaginal. Appelé près de la malade dix-neuf mois après son accouchement, l'auteur trouva son état général très affecté, il y avait de la fièvre, des douleurs abdominales, de la constipation, un écoulement très fétide, l'utérus était abaissé, l'orifice ouvert admettait facilement le doigt. L'index se trouvait de suite en contact avec plusieurs os friables de différentes dimensions. On put les retirer sans difficulté et il n'y eut qu'une hémorrhagie légère. Il existait une fistule vésico-utérine. L'état général s'améliora rapidement.

Medizoboz, janv er 1882.

Paul Rodet.

ECLAMPSIE PUERPÉRALE

Par M. Cerné.

M. Cerné communique la relation d'un cas d'éclampsie puerpérale qu'il a observé récemment chez une primipare de 16 ans, et chez

laquelle il avait été impossible d'administrer le chloral, par suite d'un spasme permanent de l'isthme du gosier empêchant la déglutition. L'administration par le rectum avait toujours été suivie de l'expulsion immédiate du médicament. Le chloroforme ne pouvant être administré assez régulièrement, et, d'autre part, au bout de 24 heures, l'état semblant s'aggraver par suite de l'inanition, M. Cerné eut l'idée de se servir de la sonde uréthrale molle en caoutchouc rouge, introduite par le nez, comme l'a fait M. Verneuil après les opérations sur la cavité buccale. L'introduction fut facile, et on put injecter ainsi dans la journée, à plusieurs reprises, environ 1 litre 1/2 à 2 litres de lait et 8 grammes de chloral.

Pendant les 8 premières heures après l'accouchement, les crises éclamptiques avaient été au nombre de 23; dans le reste des 24 heures, le chloroforme étant donné au moment des accès, il y eut encore une vingtaine de crises; à partir de l'emploi de la sonde, il n'y eut pas une seule crise nouvelle. M. Cerné croit que cette méthode pourra rendre des services en des cas semblables ou analogues.

(*Union médicale de la Seine-Inférieure*, n° 69, 1882).

DE LA MORT RAPIDE A LA SUITE DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

Hôpital Necker. — M le Dr Bouilly.

Je désire vous parler d'un fait très impressionnant qui vient de se passer dans notre service; c'est le cas d'une femme morte subitement, ou pour mieux dire très rapidement, à la suite d'une injection intra-utérine. Les faits de ce genre, heureusement fort rares, méritent d'autant plus d'être signalés, que nous devons nous demander, lorsqu'ils se produisent, si ce n'est pas à notre intervention qu'ils sont imputables, et, dans le cas où il en serait ainsi, quelles sont les précautions qu'il importe de prendre dans l'avenir pour en prévenir le retour.

Cette femme était entrée dans le service le 1er septembre, mais elle était malade depuis le 10 août, époque où elle avait accouché de trois enfants. Le jour de l'accouchement, deux de ces enfants étaient sortis, suivis de leur placenta; le troisième était sorti le lendemain, mais son placenta était resté dans la cavité utérine. A-t-on pensé que le placenta de la veille représentait tout le délivre; a-t-on né-

gligé de faire à temps la délivrance artificielle ? Je ne le sais ; mais tout ce que je puis affirmer, c'est qu'un placenta n'avait pas été expulsé. La malade, en effet, était on ne peut plus affirmative à cet égard.

Les jours qui suivirent l'accouchement, des phénomènes graves se manifestèrent, ainsi qu'il était facile de le prévoir. C'étaient, d'une part, des hémorrhagies extrêmement abondantes, et, d'autre part, des accidents fébriles intenses de nature infectieuse. Désespérant de se guérir chez elle, elle vint à l'hôpital, comme je vous l'ai dit, vingt jours environ après sa couche.

Je l'examinai le jour de son entrée, et je constatai les faits suivants : la malade était pâle, amaigrie, ses muqueuses étaient tout à fait décolorées, elle présentait tous les signes de l'anémie aiguë accompagnée de phénomènes fébriles très intenses. Sa température, en effet, s'élevait à 40°1 dans l'aisselle, son pouls était à 120. Le ventre était modérément ballonné, il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ce qui nous prouvait que les accidents fébriles n'étaient pas liés à une péritonite, ainsi que cela est généralement à craindre chez les malades de cette nature.

Je recherchai alors quel pouvait être l'état des organes génitaux. Je constatai tout d'abord, rien qu'en écartant les grandes lèvres, qu'il s'écoulait, du vagin, un liquide sanguinolent en même temps que sanieux et purulent d'une odeur horriblement fétide.

Par le toucher, il me fut facile d'introduire le doigt dans le col utérin, qui était largement ouvert, et dans le canal cervical ; je pus constater la présence d'une tuméfaction mollasse, donnant sous le doigt la sensation d'un caillot, crépitant et adhérent. Il n'y avait pas à hésiter ; nous avions là un placenta, ou tout au moins une portion de placenta en putréfaction, et les accidents fébriles étaient des accidents infectieux, septiques, produits par la resorption des liquides résultant de cette putrefaction et leur mélange avec le sang.

Il n'y avait pas à hésiter ; il fallait faire immédiatement une tentative pour extraire ce placenta. Il était accessible, le col était ouvert, une semblable intervention était absolument indiquée. Je fis mettre la malade dans la position obstétricale, et j'introduisis dans le col d'abord une pince à polype, puis une de ces curettes utérines qui servent à râcler les fongosités développées à la suite de certaines métrites. Je fus bientôt arrêté dans ces tentatives par une abondante hémorrhagie qui, en quelques instants, avait recouvert tous les instruments et rempli un petit bassin à pansement.

J'abandonnai immédiatement cette tentative d'extraction; je me contentai de faire un lavage avec une injection d'eau phéniquée faible, et j'appliquai un tamponnement. Je prescrivis de retirer ce tamponnement le soir même, ou le lendemain matin au plus tard, afin de ne pas enfermer les produits putréfiés qui s'écoulaient de l'utérus et qui, résorbés, étaient causes d'un empoisonnement aigu. Le tampon retiré, il était convenu que deux fois par jour une fille de service ferait des injections d'eau chloralée dans le vagin, et que deux fois également l'interne ferait des injections intra-utérines avec la même solution. Ces dernières injections, en effet, sont assez délicates à faire, et exigent quelques précautions.

Cela fut fait exactement ; aussi quelques jours après, pûmes-nous voir une amélioration notable, marquée par un abaissement sensible de la température. De 40°1, elle tombait au bout de trois jours à 39° et au bout de six jours à 38°. On continua néanmoins les injections intra-utérines avec une certaine régularité, jusqu'à ce que la température fut descendue à 37°, ce qui peut être considéré comme une température à peu près normale.

Dès lors, je considérais la malade comme absolument hors d'affaire, et chaque jour je passais devant elle, lui prescrivant du fer et du quinquina pour remonter ses forces, mais ne m'occupant plus de son placenta.

Nous arrivâmes ainsi jusqu'au 21 septembre. A cette date, nous constatâmes tout à coup que la température s'était relevée à 40°2, sans qu'aucune cause appréciable pût nous expliquer le phénomène. Je fus d'abord assez peu inquiet de cette nouvelle poussée fébrile. Nous nous trouvions, en effet, à une époque qui coïncidait avec le retour de couches, et l'on sait qu'il est assez habituel de voir à ce moment un certain mouvement fébrile accompagner la congestion menstruelle normale. Malheureusement, nous fûmes bientôt détrompés, car la température ne diminua pas les jours suivants, ainsi qu'il est de règle en pareille circonstance.

Les 28 et 29 septembre, voyant qu'il n'y avait pas d'amélioration, et que cependant le ventre continuait à n'être ni ballonné ni douloureux, je pensai que nous étions encore en présence de phénomènes septiques, et qu'il restait encore quelques débris de placenta.

Je prescrivis dès lors de nouvelles injections chloralées, dans la cavité utérine. Ces injections furent faites le samedi, et elles furent

admirablement tolérées. Elles furent renouvelées le dimanche matin, avec les mêmes précautions que la veille, c'est-à-dire au moyen d'une sonde molle, poussée avec lenteur. Immédiatement après l'opération, la malade était prise d'un frisson considérable, elle éprouvait un malaise, une anxiété indéfinissables, accompagnés d'une sensation de brisure dans tous les membres. Quelques moments après, sa température, qui avait légèrement baissé depuis la veille, remontait à 40°. Dans la journée, les choses allèrent de mal en pis, et le soir, sans accidents particuliers, sans convulsions, sans asphyxie, la malade s'éteignait dans les bras de la fille de service.

Quelles ont été les causes exactes de cette mort si imprévue, et sommes-nous pour quelque chose dans cette terminaison funeste ? C'est là ce que je vais examiner avec vous.

Il n'est pas douteux que, chez cette malade, nous avons eu affaire à une rétention du placenta. Lorsque pareil accident arrive au moment de l'accouchement, la conduite du chirurgien s'impose d'elle-même : il faut aller faire la délivrance artificielle avant que le col ne se soit refermé. Malheureusement, nous n'avons pas pu intervenir à ce moment, puisque la femme n'est venue que vingt jours après son accouchement. A ce moment, la délivrance artificielle présentait de réelles difficultés, et l'on peut se trouver d'autant plus embarrassé que, nulle part, vous ne trouverez de règles positives sur la conduite à tenir en pareille circonstance.

J'ai pensé qu'il fallait, avant tout, essayer de retirer le placenta, mais sans insister trop énergiquement, dans le cas, d'ailleurs fort probable, où il ne céderait pas. Il est certain, en effet, que puisqu'il n'est pas sorti après l'expulsion du fœtus, c'est qu'il était adhérent, et qu'il y a beaucoup de chances pour que cette adhésion persiste vingt jours après.

Après cette tentative infructueuse, le mieux était de s'opposer à l'absorption des produits de la putréfaction, de ces masses placentaires, mêlées de sang, de liquides, de membranes, etc., placées dans une cavité en communication avec l'air extérieur, et à une température moyenne de 38°. Il fallait à tout prix éviter les accidents septiques résultant d'une semblable résorption, et c'est pour cela que j'ai conseillé et fait exécuter des lavages, des injections intra-utérines antiseptiques, tout en modifiant de mon mieux l'état général de la malade qui était déjà profondément altéré.

Il y a toutefois une chose qu'il ne faut pas oublier lorsqu'on est en

présence de cas de ce genre, c'est que les accidents septiques ne sont pas tout ; ce placenta altéré retentit sur le péritoine du petit bassin qui, par l'intermédiaire des veines et des lymphatiques, présente les rapports les plus intimes, les plus étendus avec l'utérus, et il en résulte une péritonite plus ou moins aiguë, plus ou moins étendue.

Dans qualques cas, les malades sont pour ainsi dire effrayées, après avoir présenté tous les signes de la péritonite suraiguë. Vous trouvez des cas de ce genre, dans la thèse des Lucas-Championnière sur les lymphatiques utérins. L'autopsie de ces malades a été faite, et on a constaté la présence d'une véritable injection purulente dans les veines et les lymphatiques de la région, du pus accumulé dans le péritoine pelvien, et sur le reste de la séreuse, une inflammation à forme congestive, dans un état plus ou moins avancé.

Dans d'autres circonstances, cette inflammation péritonéale est bien plus modérée, elle reste plus limitée, elle n'éclate pas avec grand fracas, mais elle n'en existe pas moins, et se traduit même par certains troubles particuliers. Je suppose fort, à l'heure actuelle, que c'est à cette inflammation qu'il faut attribuer l'élévation de température, le malaise, la fièvre, qui le 22 septembre se sont manifestés au moment où nous croyions la guérison assurée.

Pour être moins bruyante, cette péritonite latente n'en constitue pas moins un réel danger. L'expérience démontre, en effet, qu'il suffit souvent de la cause la plus légère, d'une opération insignifiante sur le col, du toucher vaginal, d'une injection intra-utérine, pour faire éclater, en quelques iustants, la série des accidents formidables de la péritonite suraiguë.

Il est probable que les choses se sont passées de la sorte chez notre malade. La péritonite locale, circonscrite, qui couvait du côté du petit bassin, évoluait d'une façon insidieuse, lorsque la petite opération nécessitée par l'injection intra-utérine est venue lui donner un coup de fouet, et a ainsi provoqué l'éclosion des accidents qui ont amené la mort.

Dans les cas de ce genre, il n'est pas utile d'invoquer, comme on l'a fait, la pénétration du liquide dans la cavité péritonéale. Il y a longtemps déjà qu'Aran, que Guyon, ont démontré, de la manière la plus nette, que, même avec de fortes pressions, il était difficile de faire pénétrer du liquide dans le péritoine par le conduit tubo-utérin. En 1869, Fontaine a repris la question, et l'a étudiée sur des utérus

pathologiques, où les conduits étaient plus larges qu'à l'état normal; il a constaté que si la pénétration était possible dans ce cas, elle exigeait des efforts considérables, efforts qui n'ont certainement pas été faits dans notre cas particulier.

D'ailleurs, l'autopsie de cette malade a été faite, et vous allez avoir la confirmation la plus évidente de l'explication que je vous donne.

Nous trouvons, en effet, que le cul-de-sac recto-utérin est le siège d'une collection purulente abondante, avec fausses membranes, brides, etc.

Or, il est impossible d'admettre que ces brides, que le pus franchement phlegmoneux que vous voyez, aient été produits en dix heures. Il faut au moins sept à huit jours pour que de semblables désordres puissent se produire, et ce délai se rapporte bien exactement au moment où, la température s'étant élevée brusquement, nous avons cru à une recrudescence des accidents septiques du début. A l'heure actuelle, il n'y a plus de doute à avoir à ce sujet, l'examen de la cavité utérine nous montre, en effet, que nous nous étions trompés, en pensant que le placenta, dont nous avions constaté la présence au moment de l'entrée de la malade, n'avait pas été complètement expulsé par nos premières injections.

Maintenant, est-ce de notre faute si cette malade est morte? Evidemment il était inutile de faire nos secondes injections, et ce sont elles qui ont été la cause occasionnelle directe des accidents suraigus qui ont déterminé la mort; mais ce ne sont certainement pas ces injections qui ont déterminé cette péritonite latente qui est la cause première de l'accident, et qui, si nous nous en rapportons à l'étendue des désordres constatés à l'autopsie, se serait probablement terminée un jour ou l'autre de la même manière.

Quoi qu'il en soit, ce fait est instructif, et il nous montre, une fois de plus, que l'on ne saurait mettre une trop grande réserve lorsque l'on se propose de faire sur l'utérus d'une femme dont les organes génitaux ne sont pas normaux, la plus simple, la plus bénigne des opérations.

(La *Semaine Médicale*).

L'art d'accoucher dans les îles Sandwichs

(*Midwifery in the Sandwich Islands.*)

Un résident d'Honolulu donne la description suivante (*British medical journal*) de la façon dont les accoucheurs opèrent dans ce pays :

« Les *sages-femmes*, pour la plupart, sont des hommes, habituellement très vieux. Lorsque la femme est arrivée au terme de sa grossesse et que le travail est commencé, elle est assise sur les genoux de l'accoucheur, le dos tourné vers lui. Alors celui-ci lui applique les poings serrés sur le ventre et, de toutes ses forces, la serre contre lui. L'enfant *entre dans le monde* en tombant par terre, entre les pieds de l'opérateur. Le cordon est coupé et laissé toujours très long. La femme se lève alors et l'acoucheur lui prend la langue et la tire pour éveiller chez elle des mouvements de déglutition et des efforts de vomissements ; ce procédé fait vite évacuer, paraît-il, le placenta.

» L'accouchée va se démener sur les bords de la mer et retourne ensuite chez elle, prête à se livrer aux travaux domestiques dont elle a la charge ou à ses agréments. Le nouveau-né est recueilli et élevé, mais cela bien facilement. Les enfants ne connaissent pas leurs parents, à peine les mères reconnaissent-elles parmi eux ceux dont les pères étaient mulâtres, à cette remarque que ces enfants ont la tête plus grosse. Un enfant qui connaît son père est un enfant d'une éducation raffinée, et cela est si vrai que jamais, en ce pays, on ne pose cette question : Quel est ton père ? Ils s'enquièrent seulement de leur mère lorsqu'ils veulent établir et comparer leur généalogie. »

De la prostitution en Chine

(*Prostitution in China.*)

Généralement on admet que les habitants des pays orientaux sont d'une vertu facile et de mœurs franchement dissolues ; le Dr F. Carrow (*Merryland medical journal*) nie que ce soit la vérité pour la

Chine. Le Code chinois concernant les mœurs, code dicté par Confucius, dit que la vertu et la chasteté sont des choses sacrées. Cette assertion serait à peine vraie pour les basses classes. La prostitution à Canton est considérée comme un négoce et cela sur une grande échelle.

Les prostituées ne savent pas écrire, et n'ont aucun moyen d'apprendre leurs devoirs religieux. Elles n'ont d'autres relations que celles qu'elles peuvent avoir entre elles et elles ne connaissent rien, si ce n'est ce qui a rapport à l'existence qu'elles mènent Les jeunes filles sont payées depuis soixante-quinze centimes.

Les propriétaires de maisons publiques viennent de temps en temps et choisissent les jeunes filles qui promettent de devenir très belles et très robustes et les achètent. Ils les emmènent sur des navires qui leur sont destinés et les tiennent éloignées bien loin du monde. Là, elles sont dressées en vue de leurs futures occupations « here they are trained for theis future work. » A douze ans, on les confie à des femmes jugées comme étant tout à fait savantes dans ces sortes de choses « who are comidered accomplished in the business » et, à quinze ans, elles commencent cette existence qui fait d'elles autant de misérables. Dans la moyenne des cas, elles arrivent à la fin de la vie après avoir passé par tous les accidents de la syphilis et elles meurent ou empoisonnées par l'opium, ou épuisées par les ravages de la maladie.

(*Revue médicale française et étrangère.*)

De l'asthme dyspeptique des enfants ou étouffement par indigestion

Par Silbermann (Breslau).

L'auteur publie trois observations d'asthme dyspeptique chez des enfants. Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 13 mois, vigoureux, qui avait une respiration dyspnéique et précipitée (70 à la minute) et de la cyanose. Pouls à 160, filiforme, colapsus. L'exploration des cavités thoracique et abdominale ne donnait aucun signe capable d'expliquer ces phénomènes menaçants. Le lendemain matin l'enfant vomit beaucoup ; en même temps, les mouvements respiratoires perdirent de leur fréquence, tombèrent à 28 à la minute ; la cyanose diminua ; deux jours après, l'enfant était complètement guéri.

Le deuxième cas concerne un enfant de six mois, qui avait mangé un œuf mollet. Il s'ensuivit une indigestion; sommeil très agité, respiration difficile; le matin, vomissement. Cyanose, 60 respirations à la minute, 120 pulsations. Cavités thoracique et abdominale normales. On ordonne du bromure et du valérianate de zinc. L'enfant vomit les restes de l'œuf; la nuit suivante, sommeil profond et tranquille, le lendemain, guérison complète.

L'auteur cite enfin un enfant de 8 ans qui, à la suite d'une indigestion, se plaignit de douleurs de tête et d'estomac et vomit à plusieurs reprises. Silbermann vit le malade à 11 heures du soir, trouva le pouls à 160, filiforme, intermittent. La région de l'estomac est un peu gonflée et sensible à la pression; respiration, 28; pas de cyanose; température, 37,6. L'auteur revit le malade vers 5 heures du matin. L'enfant avait une respiration accélérée (60 à la minute), dyspnée intense, cyanose considérable, extrémités inférieures froides, et le médecin reconnaît aux râles disséminés dans tout le thorax de l'œdème de poumon. La température était à 37,10. Vers les 10 heures, l'enfant vomit une quantité considérable de restes d'aliments, consistant principalement en pommes de terre. A 9 heures du soir, l'enfant est relativement bien et, deux jours après, complètement rétabli.

D'après Hénoch, il s'agirait, dans l'asthme dyspeptique, de troubles vaso-moteurs des petites artères par suite d'une excitation réflexe partie de l'estomac. De là, le refroidissement des extrémités, le pouls filiforme, la stase dans le système veineux et le cœur droit, la cyanose, l'accumulation d'acide carbonique dans le sang, d'où fréquence de la respiration et dyspnée. Si cet état se prolonge, on pourra voir survenir, comme dans la troisième observation, une surcharge de la petite circulation, de la parésie du cœur gauche et enfin l'œdème du poumon. (*Centralblatt für klinische Medicin*, 1882, n° 12.)

M. Silbermann appelle « dyspepsie » ce qui n'est qu'un « étouffement par indigestion. » Cette manière de changer la signification du mot pour créer une prétendue variété d'asthme ne saurait être acceptée.

L'étouffement que produit une indigestion et qui peut aller jusqu'à la mort ne saurait rentrer dans la dyspepsie, et encore moins dans l'asthme. Cette manière de faire peut séduire la jeunesse encore inexpérimentée, mais il n'est pas de pathologiste un peu exercé qui

veuille suivre le Dr Silbermann dans ses appréciations. Il est clair qu'un enfant de six mois qui avale un œuf mollet et qui étouffe, ne saurait être considéré comme dyspeptique ou asthmatique.

CARIE DENTAIRE DE LA GROSSESSE; SES CAUSES ET SON TRAITEMENT

Par M. le Dr E. Kirk.

Il faut rechercher la cause de la carie qui survient habituellement pendant la grossesse dans l'appel qui se produit dans l'organisme maternel pour la formation du tissu osseux du fœtus. On peut prévenir la destruction des dents de beaucoup de manières, mais surtout par l'usage des solutions de chaux; telles sont les préparations de lacto-phosphate et d'hypophosphite de chaux, qui assurent en même temps au fœtus un bon système osseux et dentaire et qui préviennent le rachitisme. Les envies maladives de substances minérales, telles que plâtre, craie et ardoise, trouvent leur explication dans ce besoin naturel de l'organisme. Il en est de même de la prédilection que montrent certains oiseaux pour le plâtre, la chaux, etc., pendant la période de la ponte. Il n'est donc pas indifférent pour le praticien de préserver la femme enceinte des inconvénients de la carie dentaire et d'une digestion défectueuse.

UN SYMPTÔME NÉGLIGÉ DU CARCINOME DU SEIN

Par H. Snow.

L'auteur attire l'attention sur un signe peu observé jusqu'à présent du cancer du sein, et qui consiste en un épaississement de l'épaule du côté malade, avec sensibilité à la pression, et cela surtout sur les tubérosités et au tiers supérieur de l'os. Ces symptômes apparaissent relativement de bonne heure, et en même temps que l'engorgement axillaire. Cet épaississement osseux précède de beaucoup l'œdème du bras et provient probablement d'une périostite chronique; il indique que le mal échappe à l'action des médications locales, et annonce une prochaine récidive.

(*Lyon Médical*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

PILULES CONTRE LA TOUX UTÉRINE

Valérianate de quinine..... 1 gramme.
Extrait de réglisse..... q. s. pour 20 pilules.

Une pilule au commencement de chaque repas, aux femmes prédisposées aux troubles hystériformes, qui se plaignent d'une toux sèche et fréquente, quand cette toux ne revient que la nuit, ou à des intervalles réguliers, ou encore aux mêmes heures. Si les malades ont éprouvé des attaques d'hystérie convulsive, on remplace les pilules de valérianate de quinine par les suivantes :

Valérianate de zinc..... 0 gr. 50 centigr.
Extrait de valériane..... q. s. pour 20 pilules.

Une pilule à chacun des deux principaux repas. — N. G.

(*Union médicale.*)

UN NOUVEAU MÉDICAMENT GALACTOGÈNE

Par ANDERSON.

— D'après un journal que nous citons plus haut, le Dr Anderson ayant appris que, dans la Jamaïque, les femmes, lorsqu'elles sont pour allaiter leurs enfants, boivent une infusion destinée à stimuler la sécrétion des glandes mammaires, expérimenta pendant six années consécutives, chez les nourrices qui avaient peu de lait, le remède en question ; il s'agit d'une infusion de feuilles de la plante connue des botanistes sous le nom de *Gossypium barbadense*. Ces essais ont donné les meilleurs résultats. Six ou huit feuilles de la plante suffisent pour une tasse de cette infusion, qui a un goût très acceptable et qu'on sucre d'ailleurs comme le thé ou le café ; les femmes en boivent sans inconvénient jusqu'à quatre tasses par jour.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

TRAITEMENT DE LA VAGINITE BLENNORRHAGIQUE

On a beaucoup vanté, et avec raison, les applications de tampons d'ouate imprégnée de poudre d'alun. Nous avons pu constater les heureux effets obtenus avec un mélange d'eau de chaux et de baume de Gurjun, à parties égales. Ce traitement, renouvelé tous les deux jours où tous les jours, selon les cas, est journellement employé, et avec succès, par M. Constantin Paul, dans son service.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

(T. GALLARD.)

1° Faire sur le ventre des frictions avec la pommade suivante :

Extrait de jusquiame.	3	grammes.
Iodure de potassium.	6	—
Axonge.....	50	—

M. S. A.

2° Deux fois par semaine, cesser les frictions pendant un jour et les remplacer par un badigeonnage de teinture d'iode;

3° Prendre chaque jour deux cuillerées à bouche de la solution suivante :

Iodure de potassium.....	40	grammes.
Eau distillée.....	250	—

M.

4° Deux fois par semaine, prendre un bain additionné de sels de Salins.

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE

1° Prendre à chaque repas deux des pilules suivantes :

Sous-carbonate de fer.....	10	grammes.
Extrait mou de quinquina...	10	—
Extrait thébaïque.....	1	—

M. et div en 100 pilules, non argentées ;

2° Boire de l'eau ferrée aux repas ;

3° Prendre chaque semaine deux bains sulfureux, ou chaque matin une douche froide de quinze secondes sur tout le corps.

4° Prendre au déjeuner un verre à bordeaux de vin de quinquina.

5° Prendre, une fois par semaine, 30 centigrammes de poudre de rhubarbe au dîner.

(*Journal de médecine de Paris.*)

TRAITEMENT DES HÉMORRHOIDES

D'après M. G. Sée tout ce qui favorise la constipation prédispose aux hémorrhoïdes, et comme tels il faut citer les légumes secs, les viandes de porc, de mouton, les aliments gras. Le *lait*, le café au lait, le *vin blanc*, les liqueurs alcooliques, les *mets glacés*, conviennent fort mal aux sujets déjà en possession d'hémorrhoïdes, et doivent être défendus aux gens menacés de cette infirmité désagréable. Les légumes dits rafraîchissants, l'oseille, les épinards, qui entretiennent la liberté du ventre, parce que, n'étant pas digérés, ils sont expulsés en nature et s'opposent à l'agglutination des matières fécales, sont, au contraire, parfaitement indiqués. De même pour les fruits. Comme boissons, on conseillera le vin rouge coupé d'eau, les eaux de table légèrement acidulées, la bière légère.

Pour réduire les bourrelets hémorrhoïdaires internes, qui ne sont encore pour le malade qu'une cause de gêne à peine appréciable, nous avons à notre disposition un médicament qui, sous ce rapport, jouit d'une action presque spécifique. On l'administre sous forme de fleur de soufre lavé associé au miel, suivant la formule :

Soufre lavé.....	2 parties.
Miel.....	1 —

M. s. a. A prendre une demi-cuillerée à bouche tous les matins pendant quelques jours consécutifs. Renouveler la médication de temps en temps.

(*Revue de Thérapeutique.*)

LE PROTOXYDE D'AZOTE EN OBSTÉTRIQUE

Le Dr Macau, à la Société obstétricale de Dublin, lit un travail dans lequel, après avoir fait l'histoire des anesthésiques, et principalement du protoxyde d'azote, dans les accouchements, après avoir mentionné les diverses opinions sur la valeur de ce gaz, et les récents travaux de Paul Bert sur l'action du même gaz avec pression, il décrit les dernières modifications dues au Dr Kilkowitch (de Saint-Pétersbourg), qui l'a employé mélangé à 20 p. 100 d'oxygène. La quantité inhalée a varié de 2 à 10 pieds cubes ; mais son emploi peut dépasser de beaucoup cette mesure, et être prolongé très longtemps, car le gaz entretient l'hématose aussi bien que l'air pur. Le patient, bien qu'anesthésié, n'éprouve ni nausée, ni vomissements, ni céphalée. De plus, la dynamométrie ne révèle aucune diminution dans la force des contractions, même quand l'anesthésie est complète, tandis que le chloroforme amène, de même que les autres anesthésiques, une diminution marquée dans la fréquence et la valeur des douleurs. L'inconvénient unique de la méthode est dans le prix de revient, et l'appareil embarrassant.

(*Bristish med. Journ*, 4 février 1882.)

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

Le professeur Braun (de Vienne) rappelle un cas, dans lequel il fu appelé en consultation auprès d'une femme moribonde, arrivée seulement à la moitié de sa gestation et que des vomissements incoercibles avaient réduite au dernier degré de la faiblesse. Le médecin traitant avait décidé de faire la délivrance artificielle comme dernière ressource. Le professeur Braun conseilla au préalable de baigner la portion vaginale du col dans une solution au dixième de caustique lunaire. Ce qui fut fait, puis la surface fut rapidement séchée pour prévenir une cautérisation ultérieure. Le succès du traitement fut si grand et si immédiat, qu'une heure après la malade put manger avec plaisir une tranche de veau, et que les vomissements cessèrent à partir de ce moment. Le professeur Braun pense que l'hyperémésis devrait être rayée de la liste d'indication de l'avortement provoqué. Il n'a jamais observé un cas de mort par vomissements incoercibles. En France, on a recours fréquemment à l'avortement pour

faire disparaître ce symptôme, on observe que les vomissements ne sont arrêtés que dans les quarante centièmes des cas seulement, tandis que dans dix cas sur cent l'opération est fatale.

(*Bull. thérap.*)

TRAITEMENT DE LA VULVITE DIPHTHÉROÏDIQUE CHEZ LES PETITES FILLES,

d'après le Dr D. Surjus.

1° La muqueuse des organes génitaux des petites filles est souvent le siège d'une inflammation d'une nature toute spéciale, contagieuse et inoculable, qui est caractérisée par l'éruption de petites vésicules blanchâtres, auxquelles succèdent bientôt des ulcérations arrondies, cupuliformes, à marche envahissante, recouvertes d'une couche pulpeuse grisâtre.

2° Cette affection de la vulve peut se développer dans d'autres régions. A la bouche, elle constitue la stomatite ulcéro-membraneuse ou le noma; à la surface des plaies, c'est la pourriture d'hôpital; sur la peau, elle a été décrite sous le nom de gangrène disséminée ou diffuse.

3° La différence de siège n'imprime à la maladie que des modifications insignifiantes. Elle est identique dans les diverses localisations, partout elle se montre sous les mêmes influences, revêt la même physionomie et présente les mêmes indications.

4° Cette affection constitue une entité morbide indépendante de la diphthérie et de la gangrène avec lesquelles on l'a si souvent confondue. C'est de la *diphthéroïde*.

5° La vulvite diphthéroïdique est une affection essentiellement locale, peu grave, due à des organismes microscopiques dont l'espèce n'est pas encore bien déterminée, mais qui paraissent être des monades ou des bactéries.

6° L'iodoforme en applications topiques est le spécifique souverain de la vulvite diphthéroïdique. Son emploi a été jusqu'ici d'une innocuité absolue.

En France on se contente généralement d'employer l'iodoforme en poudre finement porphyrisée dont on recouvre les surfaces des plaies; on met ensuite par dessus le tout de la charpie, un simple nge ou de l'ouate hydrophile. On peut aussi maintenir la poudre

en place au moyen d'une solution de gomme arabique ou de collodion. (*Thèse de Lyon.*)

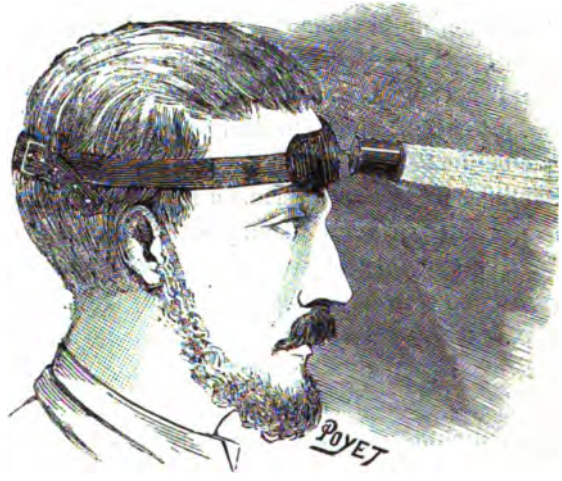
(*Paris-Médical.*)

LE PHOTOPHORE ÉLECTRIQUE FRONTAL,

du Dr Helot et de G. Trouvé.

M. Dujardin Beaumetz a présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 10 avril 1883, un appareil d'éclairage médical, que ses inventeurs, le Dr Paul Hélot, chirurgien chef des hôpitaux de Rouen, et M. G. Trouvé, le constructeur bien connu, ont appelé photophore électrique frontal.

Cet instrument est constitué par une lampe à incandescence dans



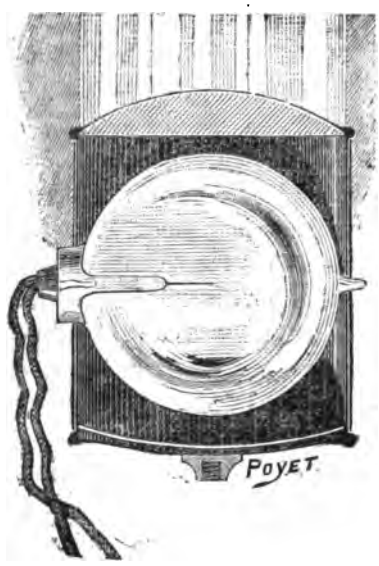
le vide, comprise dans un cylindre métallique, entre un réflecteur et une lentille convergente. Peu volumineux et très léger, l'appareil s'applique sur le front, comme les miroirs dont on se sert pour éclairer par réflexion la gorge et les oreilles. La lumière qu'il fournit est très intense : on peut en faire varier le champ à volonté par un léger glissement de la lentille.

Placée dans l'axe des yeux, la lumière accompagne, pour ainsi dire, le regard de l'opérateur qui n'a pas à s'en occuper. Ses deux

mains sont libres ; il peut se déplacer en suivant le mouvement du patient, sans que l'éclairage en soit diminué.

La source d'électricité est la pile au bichromate de potasse sursaturée de M. G. Trouvé. Elle peut, sans être rechargée, fournir un grand nombre d'heures de travail, soit d'une façon continue, soit à des intervalles aussi longs qu'on voudra.

Ce puissant appareil d'éclairage peut trouver son application dans un grand nombre de circonstances, qu'il s'agisse d'éclairer un champ



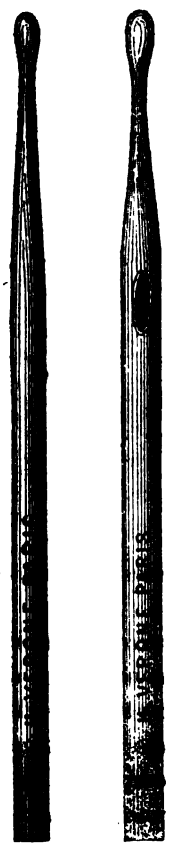
opératoire profondément situé, ou des cavités naturelles, comme la bouche, la gorge, les oreilles, le vagin, etc.

On conçoit tout le parti que les gynécologistes pourront tirer de cet instrument dans certains cas spéciaux, nécessitant beaucoup de lumière, comme dans les opérations de fistules vésico-vaginales, les amputations du col, etc. Comme appareil d'éclairage de cabinet, pour l'examen au spéculum, aucun ne peut lui être comparé.

Dans certaines circonstances, on pourra préférer ne pas appliquer le photophore sur le front. Dans ce cas, on le transformera en appareil fixe, qui s'adaptera au moyen d'un support fixe, variant suivant l'usage qu'on en voudra faire, soit à une table, soit à un meuble quelconque.

La lumière fournie par cet appareil est parfaitement blanche, et ne dénature pas, par conséquent, la couleur des tissus. Elle présente, en un mot, tous les avantages de la lumière oxydrique, sans en avoir les encombrantes servitudes; aussi croyons-nous pouvoir prédire un véritable succès à cet ingénieux instrument.

NOUVELLES SONDES ET BOUGIES POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DES VOIES URINAIRES



Parmi les multiples infirmités qui atteignent le genre humain, il n'en est pas d'aussi digne de compassion que les *maladies des voies urinaires*. Aussi, de tout temps, les chirurgiens ont trouvé, comme modestes mais utiles collaborateurs, des fabricants ingénieux tenant à honneur de ne pas rester, dans l'exécution, au-dessous de la conception des maîtres. Sur ce point, les fabricants français ont toujours eu la suprématie sur leurs rivaux étrangers, et la dernière exposition de Bordeaux nous prouve bien qu'ils ne sont pas près de la perdre.

Un des principaux fabricants de Paris, M. Vergne, a exposé des bougies et des sondes vraiment ingénieuses et utiles, absolument supérieures à tout ce que l'on a fait jusqu'à ce jour. Elles sont constituées par un tissu de soie ou de coton recouvert d'une composition telle qu'elles ne sont pas ramollies, même après un séjour de plusieurs mois dans le canal de l'urèthre (une sonde ayant, par incurie du malade, séjourné trois mois et demi dans le canal, a néanmoins pu être retirée par M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker, absolument intacte au point de vue de la solidité).

En dehors de leur confection soignée, ces bougies présentent un autre avantage, c'est de pouvoir être remplies de grenaille de plomb ou de mercure, ce qui facilite leur introduction. Elles possèdent la souplesse des bougies dites de gomme et le poids des bougies d'étain de Béniqué, si appréciées pour le traitement des

rétrécissements de l'urèthre. De plus, étant faites de deux tissus différents, elles ont une grande flexibilité dans la partie correspondante à la région bulbaire (*partie blonde*) et une certaine rigidité dans celle qui correspond à la région pénienne (*partie noire*). Ce système ingénieux est absolument nouveau pour les bougies et sondes à contenu variable ; il a été également appliqué aux sondes œsophagiennes qui, ainsi disposées, peuvent également rendre des services qu'on ne pouvait attendre des anciennes sondes, trop légères ou trop rigides. C'est un véritable perfectionnement et des plus utiles que M. Vergne a réalisé dans cette industrie spéciale, qui n'a point de rivale à l'étranger.

Aussi trouvons-nous que c'est à bon droit qu'il a obtenu la *médaille d'or* pour son exposition qui, à l'avis de tous, n'aurait pu être décernée à un plus méritant.

FORMULAIRE

TRAITEMENT, PAR LA TEINTURE DE *Gelsemium Sempervirens*, DE LA NÉVRALGIE INTERCOSTALE SOUS-MAMMAIRE LIÉE AUX AFFECTIONS UTÉRINES.

(J. CHÉRON.)

Le nombre des femmes qui se plaignent de souffrir d'une douleur localisée sous le sein gauche est considérable, et cette douleur est parfois si pénible et si persistante, qu'elle fait oublier aux personnes qui en sont atteintes, tous les symptômes qui pourraient éclairer le médecin sur la cause de cette névralgie.

La relation qui existe entre cette névralgie intercostale et les affections de l'appareil utéro-ovarien, est connue de tous ceux qui s'occupent de gynécologie.

Ce qui est moins bien connu, c'est un traitement efficace à opposer à cette névralgie.

Assurément on peut mettre en avant le vieil adage : *Sublata causa tollitur effectus*, mais c'est une espérance banale que l'événement ne vient jamais justifier, attendu que la plupart des troubles symptomatiques des affections utérines se développent lentement et persistent pendant une longue période sans qu'il y soit porté remède, de façon qu'on a beau guérir la maladie utérine, les troubles fonctionnels éveillés dans les autres organes ne disparaissent qu'autant qu'une médication spéciale leur est adressée.

On combat, avec plus ou moins de succès, la névralgie sous-mammaire avec les sels de quinine, l'aconitine, la morphine, l'atropine, les bromures, etc.

Un moyen dont je me suis très bien trouvé et qui me semble, dans le cas, supérieur à ces derniers, est le suivant :

Prendre, tous les jours, trois à cinq cuillerées à soupe de la potion suivante, une demi-heure avant le repas ou trois heures après :

Teinture de gelsemium.....	100 gouttes.
Sirop simple.....	40 grammes.
Eau distillée.....	260 —

Cela fait de 15 à 25 gouttes par jour. Il ne faut pas dépasser cette dernière dose.

Parfois, il existe des points extrêmement douloureux au toucher, en suivant la branche nerveuse jusqu'au rachis. Il faut toucher ces points avec de la teinture d'iode hypériodée, tous les trois jours.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Imprimerie de Poissy — S. Lejay et Cie.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'AGE CRITIQUE

ÉTAT DE SANTÉ — ÉTAT DE MALADIE

TRAITÉ PRATIQUE

DES

AFFECTIONS NERVEUSES ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par EDWARD JOHN TILT

Docteur en médecine, chevalier de la couronne d'Italie, ancien président de la Société d'obstétrique de Londres, membre titulaire et membre correspondant de plusieurs Académies et Sociétés de médecine anglaises et étrangères.

(Ouvrage traduit de l'anglais sur la dernière édition par le Docteur Raoul FAUQUEZ, médecin adjoint de Saint-Lazare.)

Annoté par le Dr JULES CHÉRON.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Les expressions — « Climacteria » en Latin, « Climacteric disease, — Change of life, — Critical time, — Turn of life » en Anglais, « Temps ou âge Critique, — Age de retour, — Ménopause » en Français, et « Aufhoren der Weiblichen Reinigung » en Allemand, sont employées pour désigner une certaine période de temps, commençant avec les irrégularités qui précèdent la dernière

apparition du flux menstruel, et se terminant avec le retour à la santé.

Quoique la durée de ce temps soit différente chez les divers sujets, on peut cependant la déterminer avec une certaine précision, d'après la date du dernier flux menstruel qui divise l'âge critique en deux périodes.

Lorsque, dans le cours de cet ouvrage, je parle de *cessation*, j'entends toujours désigner la cessation du flux menstruel. Il n'y a pas de terme médical pour désigner le temps compris entre les premières indications de la diminution de l'énergie des ovaires et la cessation, mais les femmes l'appellent « l'époque incertaine » (*dodging time*), et, comme cette expression caractérise heureusement l'apparition incertaine et erratique du flux menstruel, je m'en servirai pour indiquer la première partie de l'âge critique, pour la distinguer de la seconde, qui commence à la cessation et se termine au retour de la santé comme état normal.

L'importance de cette époque a été niée par Tissot, Dewees, Meissner, Saucerotte et Landouzy ; mais leur opinion n'est pas généralement admise par les médecins, comme cela ressort d'une foule de travaux du dernier siècle et des écrits plus modernes de Fothergill, de sir C.-M. Clarke, du docteur Meigs et du docteur G. Bedford. Ce dernier a dit avec raison que « outre les désordres constitutionnels et pernicieux si fréquents à cette période, il y a une foule de troubles nerveux excentriques, différentes formes de paralysie temporaire ou permanente, et que les variétés de simple irritation nerveuse, qui n'entraînent aucune lésion spéciale, échappent à tout calcul. »

Les pathologistes allemands ont admis l'importance de cette époque, qui a cependant été principalement reconnue par les Français. Parmi ceux dont j'aurai à citer les noms plus loin, Lisfranc a admis complètement la croyance populaire aux dangers de l'âge critique ; et Moreau de la Sarthe dit que « le temps critique est caractérisé par la céphalalgie, la syncope, la lipothymie, des affections spasmodiques générales ou partielles, l'hypochondrie, les divers symptômes de l'hystérie et de la folie. » Brierre de Boismond et le Dr Dusourd ont reconnu la grande influence

de l'âge critique sur la santé des femmes, et j'aurai fréquemment l'occasion de citer leurs remarquables travaux. Je ne puis parler avec les mêmes éloges de deux livres consacrés spécialement au sujet que je traite, — l'un de Gardanne, publié en 1816, intitulé : *Avis aux femmes entrant dans l'âge critique* ; l'autre du Dr Menville, publié en 1840, sous le titre : *Du Temps critique chez les femmes*. Ces deux ouvrages ont peu de valeur scientifique, mais les assertions hasardeuses qu'ils contiennent ont motivé des recherches qui sans cela n'eussent pas été entreprises, et ils m'ont fourni plusieurs cas importants pour élucider mon sujet.

Certains admettent, avec Voisin, la fréquence et la singularité des affections nerveuses à l'âge critique, mais nient qu'elles soient causées par la rétention mensuelle de quelques onces de sang, attendu qu'il est contesté que la cessation du flux menstruel et les changements qui en sont la conséquence, soit physiologiques, soit morbides, soient causés principalement par des modifications progressives dans la conformation des ovaires, et par leurs diverses réactions sur le système. Une objection demande à être signalée, spécialement parce qu'elle est fondée sur une interprétation erronée des statistiques. Benoiston, de Châteauneuf et Odier, de Genève, ont démontré que, si l'on compare un grand nombre de femmes, dans la période de quarante à cinquante ans, à un nombre égal d'hommes du même âge, la moyenne de la mortalité sera plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Mais ceux qui mettent en avant ces résultats peuvent tout aussi bien dire que la parturition n'a pas d'influence sur la santé des femmes parce qu'elle en a peu sur leur mortalité ; de plus, Finlayson a démontré que, à toutes les périodes de l'existence, il meurt plus d'hommes que de femmes.

Ceux qui nient que la ménopause soit une période critique, raisonnent comme si *critique* signifiait *fatal*. Dans la langue médicale, *crise* désigne un changement subit en mieux ou en pire, amenant aussi souvent le rétablissement que la mort. Au lieu de couler avec une douce tranquillité, depuis le berceau jusqu'à la tombe, le courant de la vie est marqué par des rapides que l'on a appelés époques critiques, de métamorphose ou de développe-

ment et pendant lesquelles une prédominance anormale est acquise par un ou par plusieurs des organes qui composent le corps humain.

L'objet de chaque réparation de notre individu, aux crises successives, est d'assurer la plus grande somme possible de santé compatible avec chacune des périodes de l'existence. Ce but est atteint, dans la grande majorité des cas; mais la constitution ne se rétablit qu'après avoir été fortement éprouvée pendant un certain temps, suivant la constitution ou le tempérament. Chez un certain nombre d'individus, les changements critiques de la dentition et de la puberté s'opèrent sans troubler la santé; mais, chez beaucoup d'autres, ces époques sont marquées soit par des maladies, soit par un état souvent fort long, ressemblant à la convalescence: enfin, fréquemment, par l'irruption d'une maladie sérieuse.

A toutes les époques critiques, l'activité de quelque appareil important peut devenir trop puissante et déranger totalement les fonctions des organes qui en dépendent, comme c'est le cas pour les organes de la génération dans la production de l'hystérie, ou bien encore l'action de ces mêmes organes peut être trop faible pour réagir sur le système avec une énergie suffisante, comme dans la chlorose. Lorsque l'action du pouvoir prépondérant se trouve trop forte ou trop faible, l'équilibre de la santé est détruit parce que le système manque de la force de réaction équivalente aux stimulants, soit physiques, soit moraux.

Quant à l'influence pathogénique des périodee critiques, la première et la seconde dentition semblent influencer les deux sexes de la même manière. La puberté leur est commune aussi; mais l'impulsion que reçoit alors la constitution de l'homme par l'appareil sexuel est, en général, complètement effective et suffisante pour assurer son activité permanente jusqu'aux extrêmes limites de la vieillesse; tandis que, chez la femme, cette crise est très sujette à être retardée ou pervertie; et même, lorsque la puberté a été établie effectivement, sa santé dépend de ces oscillations de la force vitale, qui rendent la menstruation saine ou maladive. Le mariage, la grossesse, l'enfantement, la lactation, en tant que

périodes critiques, guérissent certaines affections et donnent à d'autres une activité plus grande ; et quand, après avoir duré trente-deux ans, l'action des organes reproducteurs se retire du système, un dérangement prolongé de la santé en est fréquemment la conséquence. Alors survient une série de mouvements critiques merveilleusement combinés, dont l'objet est de douer la femme d'un degré de force supérieur à celui qu'elle a possédé antérieurement ; mais, si les germes de destruction sommeillent depuis longtemps dans le système, l'âge critique développera leur activité. Ainsi, Dionis autrefois, et de nos jours madame Boivin, Dupuytren, Tanchou ont remarqué que le plus grand nombre des affections cancéreuses et des polypes de la matrice se manifestent à cette période et qu'il en est de même du cancer de la poitrine, des tumeurs adénoïdes et des tumeurs névromatiques pectorales, selon Velpeau. Que si l'on prend l'expression *critique* dans un sens plus restreint, comme indiquant une période où le système trouve un soulagement dans des évacuations critiques, quelle époque de la vie est aussi fertile en phénomènes critiques ? Les pertes, la leucorrhée, la diarrhée et les transpirations sont éminemment critiques et rendent la santé à la grande majorité des femmes.

Ce volume contiendra naturellement l'exposition des mauvais effets de l'âge critique ; son influence curative est moins facile à décrire, parce que les malades consultent bien les médecins pour les entretenir des affections dont ils souffrent actuellement, mais non pour leur parler de celles qui sont guéries ou évitées. En ce qui concerne pourtant les femmes qui ont souffert pendant de longues années de ces affections chroniques, pour ainsi dire intraitables, et qui défient tous les efforts tentés pour les maîtriser, les résultats de la cessation sont en général éminemment favorables. La plupart d'entre nous ont l'habitude de dire à leurs malades qu'elles seront guéries certainement par l'époque critique ; quoique une semblable promesse soit souvent faite pour donner un peu d'espoir, mais sans fondement sérieux, il est surprenant de voir combien cette prophétie se réalise fréquemment. Cette remarque s'applique spécialement à la congestion et à l'inflamma-

tion subaiguë des ovaires, et en général aux maladies chroniques non malignes de la matrice.

Je possède les observations d'une quarantaine de malades qui, après avoir été, pendant plusieurs années avant la ménopause, confinées dans leur lit ou sur leur sofa par des inflammations chroniques de l'utérus, se sont trouvées guéries, comme par miracle, peu de temps après l'époque critique, et de nouveau maintenant jouissent des plaisirs et remplissent les devoirs de la société avec laquelle elles avaient dû comme divorcer depuis dix ou quinze ans. En outre d'une foule de cas analogues où le rétablissement n'a pas été aussi rapide et aussi parfait, je ne m'en rappelle pas un seul, dans lequel il n'ait au moins été obtenu un grand soulagement. J'ai constaté également sur trente-six femmes, qui avaient cessé d'être réglées, qu'elles n'étaient plus incommodées par une leucorrhée habituelle, et, sans doute, beaucoup de femmes qui souffrent pendant des années d'affections utérines non reconnues sont, à la fin, complètement guéries par l'arrivée de l'âge critique. La chute de la matrice a été guérie dans trois cas; trente-cinq femmes n'ont plus souffert de déviations de l'utérus qui cependant existaient toujours. Dans quatre cas, les hémorrhoïdes ont disparu, et, dans huit autres, elles ont cessé de couler. Cinquante-trois femmes ont parlé d'une grande augmentation des forces, et de la diminution de leur disposition à la dyspepsie. Les affections ganglionnaires ont alors perdu leur gravité et sont devenues moins fréquentes; la même remarque s'applique à la plupart des maladies cérébro-spinales, même les plus graves, car Esquirol a vu bien des femmes affligées de la folie pendant tout le temps qu'elles sont réglées, qui, aussitôt la cessation et spontanément, revenaient à la santé.

En parlant des fous de Colney Hatch, le Dr Davey dit : « Il y a là beaucoup de femmes âgées de quarante à cinquante ans, dont on peut attendre la guérison dès que l'utérus aura recouvré complètement chez elles son inaction primitive et lorsque le cerveau aura perdu aussi une source fertile d'irritation et de maladie. Malheureusement, il arrive que les classes les plus pauvres sont beaucoup trop peu préoccupées de la santé des femmes aux pé-

riodes critiques de la vie, et donnent trop peu d'attention aux moyens par lesquels l'utérus peut être assisté dans ses efforts pour conserver sa légitime influence sur l'économie humaine ; de là vient, comme cause principale, que la folie est si fréquente parmi les femmes. » J'ai insisté sur ce sujet en soutenant que, dans un grand nombre des cas les plus désespérés, il restait une espérance de voir les facultés mentales guérir à l'âge critique ; en citant mon opinion, M. W.-C. Hood a plaidé admirablement la cause d'une foule de malheureuses femmes confinées à Broadmoor à perpétuité pour infanticide ou pour d'autres grands crimes commis pendant une attaque momentanée de manie puerpérale, et il a fait justement observer (1) que, s'il y a un danger à les rendre à la société, tant que la fécondation est possible et qu'on peut redouter une nouvelle attaque de manie puerpérale, il n'y a aucun inconvénient à les relâcher quelque temps après l'âge critique ; feu le Dr Ferrus, inspecteur général des prisons de France, adoptant la même opinion, est parvenu à la faire adopter, et, depuis dix ou douze ans, plusieurs femmes ont été rendues à la société sans qu'il soit survenu de rechute.

Le cas suivant rapporté par Négrier est un exemple de la relation intime existant entre l'action marquée des ovaires et la folie, ainsi que de la bienfaisante influence de la cessation.

Observation I

Madame X... était grande et lymphatique et avait été mal élevée. La menstruation se manifesta à douze ans, fut très pénible et très irrégulière, accompagnée d'oppression à l'épigastre, de palpitations, de convulsions, d'hypochondrie et de manie de suicide. Pendant l'année qui suivit son mariage, à trente-huit ans, les attaques étaient moins fortes, mais elles augmentaient d'intensité au fur et à mesure que le flux menstruel diminuait, et elle ne devint jamais enceinte. Plusieurs jours avant l'époque des menstrues, madame X... devenait mélancolique et se séquestrait elle-même ;

(1) « Criminal Lunacy », by W.-C. Hood, M. D. Churchill, New Burlington street.

elle éprouvait des douleurs dans les lombes et dans les membres inférieurs, mais la fosse iliaque droite était le centre d'où rayonnaien ttoutes ses souffrances. Elle avait, à vingt reprises différentes, essayé de se suicider, et, lorsqu'on la découvrait, elle avait honte d'elle-même et promettait de ne pas recommencer. Les attaques duraient cinq ou six jours, et se montraient plus violentes tous les deux mois alternativement. Pendant le temps de l'incertitude, les attaques furent moins fortes, coïncidant toujours avec le flux menstruel ; elles n'apparurent pas pendant l'hiver, et cessèrent en même temps que la menstruation, à cinquante-quatre ans.

La nature critique d'une période se révèle par ses effets sur la santé pendant les années suivantes ; ainsi la puberté est non seulement la crise de la plupart des douleurs des époques précédentes, mais elle influence la santé des périodes suivantes, soit en bien soit en mal ; de cette façon, l'âge critique met non seulement fin à des maladies datant de loin, mais il exerce une action décisive sur l'état de la santé pendant le reste de l'existence, si bien que, d'après la manière dont la crise se comporte, il est possible de prédire si, dans la période qui suivra, la santé sera bonne ou mauvaise. Cinquante-trois femmes, chez lesquelles il ne s'était pas manifesté de flux menstruel depuis cinq ans, et dont la santé avait été habituellement mauvaise, ont parlé d'une grande augmentation de force dans leur constitution, et ce résultat peut être considéré comme une règle parfaitement d'accord avec la croyance populaire. Il est évident, d'après la plus grande longévité des femmes, d'après leur moins de disposition à la mort subite, enfin, d'après l'immunité dont elles sont généralement douées contre la maladie (après le passage de l'âge critique), que le peu de pages qui les concernent, dans les ouvrages écrits sur les maladies des vieillards, contiennent une preuve puissante de la santé dont la plupart sont douées dans la dernière partie de leur existence.

Dans les traités sur les maladies des femmes, le temps critique et ses infirmités sont ordinairement traités en une demi-page, et, dans aucun de nos ouvrages classiques, je n'ai trouvé les maladies de la ménopause classées suivant les lois de la pathologie et les principes généraux du traitement. Peut-être les *desiderata* de la

littérature médicale sont-ils comblés dans la pratique de chaque jour, bien que d'éminents praticiens soient d'une opinion différente. Ils ne prétendent pas que l'on ne fait rien pour soulager les femmes, mais que l'on ne fait pas assez, et que l'empirisme domine là où un traitement systématique est nécessaire; ainsi, M. C.-M. Clarke, parlant des maladies de l'époque qui nous occupe, dit que « il est habituel aux femmes d'attribuer toutes leurs sensations extraordinaires *à l'âge critique*, et de considérer que, lorsqu'elles se sont ainsi rendu compte de leurs maladies, elles se croient en même temps guéries; et, sur ce point, beaucoup de médecins, à en juger au moins d'après leur pratique, semblent être de la même opinion. »

Le Dr Meigs s'exprime ainsi : — « En Amérique, on apporte trop peu d'attention à la crise, et lorsque les conséquences menaçantes de la négligence et de l'incurie ont pris un caractère effrayant, l'issue fatale est attribuée à quelque cause banale, et la victime disparaît au son de la cloche des rues, et aucune connaissance nouvelle, acquise au prix d'une aussi funèbre expérience, n'indique la voie pour soustraire une autre victime à un traitement aussi erroné et aussi irrationel. »

« Les plaintes, continue le Dr Meigs, que font entendre souvent les femmes au temps critique sont fréquemment, et de la manière la moins satisfaisante possible, attribuées à cet état même; et, ajoute-t-on, elles cesseront probablement lorsque le changement sera complet. Un médecin n'a pas moralement le droit d'endormir par son opinion les anxiétés de son malade et de se dispenser de la peine de réfléchir par un mode de procéder aussi sommaire et aussi peu scientifique. Par conséquent, chaque fois qu'une femme arrivée à cette période, qui est universellement considérée comme un temps critique et dangereux pour elle, vient se plaindre de symptômes dénotant quelque condition morbide des organes de la génération, il est clair que notre devoir est de donner une attention particulière à son cas, et de ne pas l'abandonner avant que notre jugement soit parfaitement établi sur les indications thérapeutiques ou hygiéniques qui lui conviennent. »

Voilà pour la pathologie. En ce qui concerne les résultats physiologiques de ce grand changement chez des femmes relativement bien portantes, je dirai, avec M. Flourens, que, « de quarante à cinquante-cinq ans, est une période de vigueur nouvelle (*invigoration*) pour les deux sexes — une période dans laquelle le travail intérieur qui s'opère dans tous nos tissus les rend plus forts, et par là assure un accomplissement plus parfait de toutes les fonctions. Ce changement s'opère insensiblement chez l'homme; mais, chez la femme, le passage est souvent périlleux et le résultat est plus marqué. Mais la grande amélioration de la santé générale, qui est la conséquence du temps critique, est un fait notoire. » Quoique les effets de la ménopause soient dus principalement à une modification des ovaires, ils peuvent être accompagnés d'autres changements dans les deux sexes. M. W. Jenner a récemment établi, dans une de ses remarquables lectures, « que la rate, les glandes lymphatiques et les plaques de Peyer sont sujettes à des modifications vers la même époque — cinquante ans environ. Alors, la rate diminue de volume, les glandes lymphatiques dépérissent, et les plaques de Peyer s'aplanissent et perdent le caractère de leur conformation spéciale. »

Le Dr Day, dans son livre sur les « *Maladies de la vieillesse* » (*Diseases of old age*), n'a pas manqué de noter le véritable caractère des changements qui surviennent lors de la cessation; aussi démontre-t-il combien la décrépitude est moins souvent observée chez la femme que chez l'homme, non seulement parce que les femmes mènent une existence moins orageuse, mais aussi parce que leur constitution a été tellement modifiée par le temps critique, que les causes de cette décadence ont cessé d'exister chez elles. »

L'immense importance de ce changement, pour le reste de la vie des femmes, ne saurait être précisée avec trop de soin; car, suivant qu'il se sera opéré heureusement ou avec accidents, il sera suivi d'une période de santé ou de souffrances. Si, dans cette évolution finale, il ne se développe pas de germe fatal dans le système, le reste de l'existence s'écoule dans un état non interrompu de santé, la longévité étant plus commune chez les femmes que

chez les hommes. Ce progrès est quelquefois accompagné d'une grande amélioration dans l'apparence de la personne, les os se revêtant alors d'une épaisse couche de graisse; ce « *suave incrementum* » est à la fois un acheminement vers la santé et une assurance de sa conservation. D'autres ne recouvrent pas la santé sans sacrifier quelque chose de la grâce féminine; elles prennent une apparence, pour ainsi dire, masculine, les os deviennent plus saillants, la peau moins onctueuse, et les pinces épilatoires sont nécessaires pour faire disparaître les poils épars sur le visage.

J'ai déjà dit quelques mots des effets du trouble de l'action des ovaires sur les facultés mentales dans la première partie de l'âge critique. Il existe presque toujours, lorsqu'arrive cette époque, une paralysie partielle du système ganglionnaire et de la force cérébrale, qui cause diverses formes d'irritabilité nerveuse et jette dans l'organisme une certaine confusion et un certain embarras, qui font que les femmes paraissent privées momentanément de ces dons de l'esprit, auxquels quarante années de jouissance leur avaient donné droit. Souvent elles perdent confiance en elles-mêmes, sont incapables d'administrer leurs affaires domestiques ou autres, et deviennent importunes tant au dedans qu'en dehors du cercle de la famille. Lorsque l'âge critique est passé, l'esprit sort des nuages dans lesquels il semblait égaré. Reconnaissantes d'avoir échappé à des souffrances réelles, les femmes cessent de se torturer elles-mêmes par des douleurs imaginaires, et, comme elles sentent le terrain plus solide sous leurs pieds, elles cessent de dépendre des autres — parce que, de même que le corps, les facultés mentales prennent alors un caractère masculin. L'âge critique ne donne pas des talents, mais souvent il imprime une force de volonté qui développe ceux que l'on possédait, comme de diriger une maison, de tenir un salon ou de se mêler d'intrigues politiques. Lorsque les femmes ne sont plus gênées par une infirmité corporelle périodique, elles ont plus de temps à leur disposition, et, pour des raisons sérieuses, elles sont moins sujettes à se laisser entraîner par une imagination trop ardente ou par la fougue irraisonnée de la passion.

Le dérangement de l'action régulière des ovaires pendant la

première partie du temps critique produit parfois des effets défavorables sur les femmes, en tant qu'action morale. Elles apportent, dans les détails de la vie ordinaire, une façon d'être qui trahit une certaine absence de principes dont le contraste avec leur rectitude de conduite habituelle ne laisse pas que d'être choquant; une maussaderie et une mauvaise humeur insolites prennent quelquefois l'importance d'actes de folie. Après avoir vécu de la manière la plus exemplaire jusqu'à l'âge critique, il en est qui, pour un vaurien, abandonnent mari et enfants, tandis que d'autres restent chez elles pour rendre le séjour de la maison intolérable par leur mauvais caractère, et pour ne manifester que de la haine pour les objets qu'elles ont le plus aimés. Quelques-unes sont la plus triste personnification d'une mélancolie qui se ronge elle-même, demeurant confinées dans une solitude triste et silencieuse, n'aimant rien, ne haïssant rien, ne désirant que l'isolement pour méditer à loisir les plus sombres rêveries. D'autres, au sein de l'opulence, manifestent un penchant pour le vol, et quatre d'entre elles m'ont avoué qu'elles avaient été obligées d'éloigner leurs enfants, dans la crainte de les assassiner ; d'autres éprouvent la tentation du suicide.

A moins qu'elles ne proviennent d'une manie héréditaire, ces diverses nuances d'insanité sont susceptibles d'être guéries par un traitement judicieux. Ainsi que je le démontrerai, et lorsque l'âge critique est passé, la rectitude habituelle de l'action morale se rétablit. Sans doute, la diminution de l'action des ovaires prive une des formes de l'amour de ces violentes excitations morales qui donnent à la passion une surprenante énergie, mais, quoique le cœur devienne plus apte à se soumettre à la raison, l'amour occupe toujours la première place dans le cœur de la femme ; qu'il s'appelle charité, amitié, affection conjugale ou maternelle, il absorbe ses pensées, et, si toutes autres formes ou possibilités d'amour viennent à lui manquer, la religion prend souvent plus d'empire et couronne le soir de la vie d'un bonheur anticipé.

Lorsqu'elle est ancrée dans ce port de salut, une femme jette un coup d'œil en arrière sur le temps où sa santé était troublée par des infirmités toujours renaissantes, par la grossesse et ses accidents, par les dangers de l'enfantement et par les ennuis de la

première éducation. Du sein de la tranquillité dont elle jouit, elle peut songer sans danger aux longues années où la passion, la jalousie, les émotions qui les accompagnent torturaient son âme et montraient à son esprit chaque chose au travers d'un prisme décevant. Elle va trouver combien est changée l'existence, et elle comprendra cette parole de madame du Deffand : — « *Autrefois, quand j'étais femme...* »

Ces résultats de l'âge critique ne sont pas seulement très importants, mais ils intéressent quotidiennement 1,200,000 de nos compatriotes-femmes. Aussi ne m'excuserai-je pas d'étudier leurs souffrances avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Je suis un de ceux qui soutiennent que la physiologie et la pathologie sont dépendantes l'une de l'autre, que la proportion de leurs progrès coïncide invariablement. D'où je conclus que la connaissance imparfaite des maladies de l'âge critique est due principalement à la négligence des physiologistes dans beaucoup de questions qui y sont relatives, et qu'on ne peut parvenir à les mieux comprendre sans une recherche attentive de tout ce qui se rapporte à la physiologie de cette époque — c'est ce que j'essaierai de faire dans le chapitre suivant.

(*A suivre.*)

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR LES COURANTS CONTINUS A INTERMITTENCES RYTHMÉES

(*Méthode du Dr Chéron*)

Par le docteur F. Gressot.

(Suite et fin)

PHYSIOLOGIE DU TRAITEMENT

Il est peut-être opportun d'examiner les résultats fournis par les intermittences rythmées, et d'essayer l'explication de quelques-uns des phénomènes constatées dans le traitement.

C'est, en effet, en se basant sur des données physiologiques

que M. le Dr Chéron inaugura le traitement des fibromes par des courants ainsi employés. La physiologie enseigne que le courant continu augmente la circulation de la région sur laquelle on en fait l'application (Legros et Onimus). C'est probablement une des causes de l'insuccès complet signalé par M. Pégoud dans sa thèse déjà citée, où les courants continus, sans modification, ont été seuls employés. C'est ce qui arriva aussi dans les quatre premières observations du Dr Chéron qui, employant les courants continus, n'eut aucune amélioration.

Les courants induits auxquels on peut assimiler (sauf la durée d'interruption) les courants rythmés, provoquent plutôt une action dénutritive, en s'opposant à l'afflux des liquides. Ils font diminuer de volume les vaisseaux sanguins et lymphatiques; leur application journalière empêche la congession de se produire, et anémie, pour ainsi dire, la partie sur laquelle on les applique.

Au point de vue particulier des fibromes, M. Chéron (*loc. cit.*) a pu faire contracter sur la table d'amphithéâtre, à l'aide de courants interrompus, quelques-unes de ces tumeurs récemment extirpées, alors que des courants induits ne semblaient rien produire, ou même paraissaient favoriser la perte de leur propriété contractile. Quoi qu'il en soit, l'application des courants à intermittences rythmées provoque nécessairement des contractions constatées même facilement par la main. Les contractions de l'utérus, des muscles de l'abdomen, de la tumeur elle-même, puisqu'on la sent augmenter de consistance et qu'elle devient plus dure au palper, agissant de tous côtés, provoquent l'expulsion de liquides divers, ainsi que cela a été noté dans les observations.

Ces contractions répétées agissent à la longue sur les vaisseaux sanguins et lymphatiques, assez nombreux comme on l'a vu précédemment, les vident en partie, les empêchent de se remplir à nouveau, éloignant la congestion qui alimente, à un moment donné, ces hémorrhagies si graves, presque fatales dans le cas de fibromes.

L'anémie, qui en résulte pour la tumeur, met obstacle à sa nutrition, ou tout au moins à son plus grand développement.

La congestion, en disparaissant, délivre bon nombre d'organes

comprimés qui ne provoquent plus alors ces douleurs violentes accusées par les malades.

Au bénéfice des contractions produites par les courants il faut encore signaler la tendance des fibromes à se pédiculiser, tendance mise à profit par M. le Dr Chéron dans une des observations rapportées. Il put ainsi, par une opération, débarrasser la malade de sa tumeur.

Mais ici nous nous arrêtons, ce serait double emploi de parler des bons effets produits par les courants à intermittences rythmées, puisque ces effets sont détaillés tout au long dans les observations qui vont suivre.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Pour mettre en évidence les résultats avantageux obtenus par les courants continus à intermittences rythmées, dans le traitement des fibromes utérins, nous devons publier ici quelques observations.

Les trois premières nous ont été communiquées par M. le Dr de la Roche qui les a recueillies dans sa clientèle.

Les observations de IV à X viennent de M. le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare. Que ce savant médecin nous permette de lui témoigner ici toute notre reconnaissance pour l'obligeance qu'il a mise à nous les faire parvenir.

Observation I

Madame X..., cinquante et un ans. — *Fibrome utérin du volume d'une grosse orange.* — Madame X... a eu une perte il y a un an. A cette époque, un médecin fut consulté et lui donna des soins croyant à une fausse couche, trois mois après, nouvelle perte et même diagnostic.

14 mai 1882. — Je fus appelé chez elle à trois heures du matin et me trouvai en présence d'une métrorrhagie abondante. Au palper abdominal, je constatais une tumeur uniforme, résistante,

remontant à un travers de doigt au-dessus du pubis, à gauche. Au toucher vaginal, je sentais la tumeur dans le cul-de-sac postérieur et un peu à gauche. Cette tumeur faisait corps avec l'utérus. En imprimant à cet organe un mouvement de bas en haut, on pouvait le percevoir avec l'autre main placée sur l'abdomen.

La malade a eu souvent des pertes blanches, souffre beaucoup dans les reins, dans le bas-ventre, surtout après une course dans laquelle la fatigue survient vite. Les règles étaient irrégulières, très abondantes, toujours avancées.

19 mai. — M. le Dr Delore examina la malade et confirma le diagnostic de fibrome utérin.

Il fut décidé d'appliquer les intermittences rythmées du courant continu.

22 mai. — Première séance. 12 éléments ; durée, 7 minutes. La malade accuse sur la paroi abdominale une sensation de brûlure. Pendant l'application de l'excitateur, on peut parfaitement percevoir des contractions.

Pendant la séance, des flocons de pertes blanches teintées de rouges sont expulsés.

En sortant l'électrode du col utérin, évacuation d'une très grande quantité de glaires rougeâtres.

27 mai. — A deux reprises, la malade a ressenti de fortes douleurs dans les reins. 12 éléments, 10 minutes.

30 mai. — La malade va mieux, les douleurs de reins sont moins fortes ; les pertes blanches ont disparu depuis le 27. Application de 12 éléments pendant 15 minutes. Des pertes rougeâtres très abondantes apparaissent. Sensation de brûlure assez prononcée.

15 juin. — La malade a eu ses règles qui ont duré quatre jours en assez grande abondance. Les douleurs de reins habituelles aux époques ont été moins fortes. Avec la cessation des règles coïncida la disparition de toute douleur. La malade est très constipée, par suite probable de la compression du rectum par la tumeur. 12 éléments, 15 minutes.

20 juin. — La malade n'a pas trop souffert. Elle a eu hier et avant-hier des pertes blanches. Quoiqu'elle n'ait pas beaucoup

marché, le ventre lui paraît plus lourd, plus douloureux ; elle ne peut se coucher sur le côté gauche comme elle le faisait auparavant sans douleur.

24 juin. — Dans la soirée qui a suivi la précédente séance, la malade a eu une perte rosée très abondante ; elle a ressenti de vives douleurs, calmées par un bain pris le 21 ; la marche est presque impossible.

30 juin. — Fortes migraines pendant deux jours. Ces migraines préviennent toujours la malade de l'arrivée de ses règles. 22 éléments, 12 minutes. Très peu de pertes blanches et pas de douleurs abdominales.

10 juillet. — Les règles sont venues le 30 juin, aussitôt après la séance, ont duré trois jours, sans douleur pendant les deux premiers. Le troisième jour, la malade souffre assez pour être obligée de garder le lit. Les règles ont été abondantes, mais moins fortes qu'elles n'étaient avant le début du traitement. Elles se sont produites d'une façon intermittente. Depuis leur cessation, les douleurs de reins sont moins vives. La malade se trouve bien du traitement, mais ne peut plus faire que deux séances (22 éléments ; durée, 12 minutes) les 12 et 15 juillet. A cette époque elle quitte Lyon, pour revenir le 7 octobre 1882.

La malade, depuis le 15 juillet, n'a pas eu de perte. Les règles ont été normales à chaque époque, les douleurs à peu près nulles, la marche, les fatigues mieux supportées. Les forces sont revenues, l'état général est grandement amélioré.

10 octobre. — Nouvelle séance d'électricité. Sensation de douleur très vive à l'application du pôle négatif sur la partie postérieure de la lèvre du col, siège de la tumeur.

16 octobre. — La dernière séance a provoqué de violentes douleurs qui ont duré trois jours, mais qui ont disparu aujourd'hui. Toujours 22 éléments, 12 minutes.

19 octobre. — La malade, qui attendait ses règles le 17, ne les a pas encore vues : elle n'a pas eu sa migraine habituelle.

24 octobre. — La malade n'a toujours pas ses règles ; elle se sent plus forte, supporte mieux la fatigue, n'éprouve pas les douleurs de reins.

31 octobre. — Pas de règles, pas de migraine, les forces reviennent.

3 novembre. — En plaçant le spéculum, j'ai cru voir une légère perte rouge me faisant soupçonner le retour des règles; ni migraine ni souffrance.

6 novembre. — Migraine depuis trois jours, assez forte, accompagnée de maux de cœur. La migraine n'était pas revenue depuis le 15 septembre 1882; rien de particulier, pas de règles.

6 décembre. — Madame X... a eu depuis quelques jours quelques légères pertes rouges qui apparaissent tous les jours sans être continues. Elle peut sortir et marche sans souffrances. Madame X..., qui a changé d'appartement et a dû éprouver une plus grande fatigue, n'a pas été affaiblie par ces pertes journalières ainsi probablement expliquées. L'état général est bon.

19 décembre. — Encore quelques pertes légères.

21 décembre. — Le 20, légère perte rosée à la suite d'une longue course. Pas de migraine ni de maux de rein. La malade demande à cesser le traitement. A chaque date a été faite une séance de douze minutes, 22 éléments, quoiqu'elle ne soit pas indiquée chaque fois.

9 janvier 1883. — La malade déclare que ses règles, redevenues normales, ont duré quatre jours; elle éprouve moins de maux de rein.

5 février. — Les règles sont revenues; dans l'intervalle, quelques pertes légères. Au palper abdominal, on ne retrouve plus la tumeur au-dessus du pubis, mais par le toucher vaginal on la sent toujours dans le cul-de-sac postérieur. Elle paraît avoir diminué de volume, être devenue plus dure. L'état général est sensiblement amélioré, la malade se trouvant délivrée de ses abondantes métrorrhagies. La résistance accusée par le rhéostat a été constamment de 2,000.

Observation II.

Madame X..., cinquante-quatre ans. — *Fibrome du volume d'une tête d'adulte faisant corps avec l'utérus.* — Malade depuis

douze ans. Depuis cette époque, métrorrhagies fréquentes. Règles très irrégulières. Douleurs très vives dans la marche et au moment des époques. En 1881, M. le Dr Delore prescrivit à la malade des injections interstitielles d'ergotine. Ces injections furent faites pendant deux mois, tous les deux jours. Les pertes, sous l'influence du traitement, diminuèrent un peu, mais l'ergotine produisit une telle excitation nerveuse qu'il fallut cesser les injections. Du mois de mai au mois de juin 1882, je fis à la malade une vingtaine de séances ; pendant ce temps-là, il ne survint pas de métrorrhagie. La malade alors quitta Lyon. Du mois de juin au mois de janvier 1883, la malade n'a eu qu'une forte métrorrhagie après avoir fait vingt-cinq kilomètres en voiture. Le reste du temps, des promenades n'ont occasionné ni douleurs ni pertes.

L'état général est grandement amélioré, les forces sont revenues.

Nous n'avons pas remarqué de changement ni dans le volume ni dans la dureté du fibrome. La malade a cessé tout traitement en attendant, s'il y a lieu, de recommencer à l'apparition de nouvelles pertes.

Les éléments employés au nombre de 15 à 20 ; durée d'application, dix à quinze minutes ; résistance, 2,000.

Observation III.

Madame X..., trente-sept ans, mariée depuis quinze ans, malade depuis deux ans. Pas d'enfants. Les règles ont été douloureuses depuis leur apparition. Début de la maladie par pertes blanches et métrite. Thermocautérisation du col en 1880. Amélioration de la métrite qui récidive promptement. Pertes blanches, fatigue dans la marche, douleurs très vives dans le bas-ventre.

En 1881, légère tumeur implantée sur la lèvre postérieure du col utérin. Diagnostic par M. le Dr Delore, fibrome. A partir du 11 mai 1882, la malade est soumise aux intermittences rythmées du courant continu. Application de 8 éléments pendant cinq minutes. Sensation de brûlure sur la paroi abdominale. Contraction

perceptible sur l'abdomen. Application de l'électrode négatif dans le col cervical, de l'électrode positif sur la paroi abdominale.

13 mai. — 8 éléments, cinq minutes. Après la première séance, la malade a accusé un peu de douleur. Les pertes blanches ont augmenté.

15 mai. — 8 éléments, dix minutes.

19 mai. — 10 éléments, dix minutes. Pertes blanches de plus en plus considérables.

20 mai. — 12 éléments, dix minutes. La malade a pu marcher plus facilement et souffre moins.

22 mai. — 12 éléments, dix minutes. La malade a été très énervée ; une course l'a vite fatiguée. Les pertes blanches sont teintées en jaune. Pendant la séance, expulsion d'un flocon glaireux jaunâtre. La sensation douloureuse est plus accusée à gauche qu'à droite.

23 mai. — Pendant la séance, pertes glaireuses jaunâtres en grande abondance.

24 mai. — 10 éléments.

Les secousses paraissent plus fortes.

25 mai. — La malade supporte mieux la fatigue ; les douleurs disparaissent plus vite. Pertes blanches de même nature. Col moins rouge.

18 éléments sont bien supportés pendant douze minutes.

26 mai. — 18 éléments. Sensation de lassitude générale, douleurs dans les reins. Les pertes blanches diminuent. Le col utérin paraît moins rouge qu'au début du traitement.

27 mai. — La malade se sent mieux. La fatigue disparaît plus vite. Douleurs moins accentuées. 20 éléments, quinze minutes.

28 mai. — Pertes blanches moins abondantes, moins jaunes. Peu de douleur dans les reins. 20 éléments, quinze minutes.

29 mai. — Pertes glaireuses pendant la séance.

30-31 mai. — 20 éléments, quinze minutes.

5 juin. — Apparition des règles. Peu douloureuses.

M. le Dr Delore examine la malade et constate que l'utérus s'est retracté. Il y aurait une amélioration. La malade a moins souffert après les règles.

20 éléments, quinze minutes. Quelques pertes blanches pendant la séance.

8 juin. — La malade continue à se sentir mieux, se fatigue moins vite, mais ne peut supporter que 6 éléments.

9 juin. — Légères douleurs après la séance d'hier. Apparition de quelques pertes, moins abondantes que les premiers jours. 8 éléments. La malade se trouve mieux, marche plus facilement; mais, depuis deux ou trois jours, elle ressent après la séance quelques maux de cœur, ce qu'elle n'avait jamais éprouvé auparavant. Ce malaise a duré hier l'après-midi et une partie de la nuit.

11 juin. — Assez longue course sans fatigue. 12 éléments, rien de particulier.

12 juin. — La malade dit aller de mieux en mieux. Le col paraît un peu entr'ouvert. 12 éléments.

13 juin. — La malade se trouve décidément mieux et peut marcher assez longtemps sans fatigue.

14 juin. — Ne supporte aujourd'hui que 8 éléments; les secousses sont très fortes.

A cette époque, la malade demande à cesser le traitement, promettant de revenir.

Je revois la malade le 16 septembre 1882. Durant cette absence, les règles sont revenues normalement. Les deux premières fois, elle a moins souffert qu'auparavant. Le troisième mois, les douleurs sont revenues et la moindre course la fatiguait.

A partir du 16 septembre, séance tous les deux jours.

La tumeur n'a pas augmenté de volume.

Les pertes sont régulières, mais toujours un peu douloureuses.

La malade satisfaite de l'amélioration de son état demande à interrompre le traitement. La résistance a été constamment de 2,000 unités.

MM. les Drs Delore et de la Roche, n'ayant jusqu'à présent traité qu'un nombre relativement peu considérable de tumeurs fibreuses par les courants continus à intermittences rythmées, ne peuvent encore formuler d'appréciation bien catégorique au sujet

des résultats obtenus. Auparavant ce traitement doit subir la double épreuve du temps et de l'expérience.

Toutefois, dans les cas de fibromes hémorrhagiques, ils n'hésitent plus à employer les courants continus rythmés, les considérant comme le moyen thérapeutique le plus puissant jusqu'alors pour arrêter rapidement et avec presque certitude les hémorrhagies. Un certain nombre de malades actuellement en traitement serviront à établir des données plus positives.

Observation IV.

6 janvier 1879. — Madame X..., vingt-neuf ans. N'a jamais eu d'enfants.

L'année dernière, métrorrhagie vraisemblablement rattachée par le médecin à une fausse couche de trois mois.

Pendant les trois mois, la malade n'a pas cessé de perdre du sang.

Depuis deux ans, règles irrégulières, toujours en avance.

Auparavant les règles étaient régulières, quoique extraordinairement abondantes.

Jamais beaucoup de pertes blanches, si ce n'est depuis quelques mois.

La malade marchait habituellement très bien; mais depuis dix-huit mois, époque où elle a commencé à avoir des pertes, la marche est devenue difficile.

Elle se rappelle avoir eu, il y a dix ans, quelques pertes en dehors des époques.

La perte que la malade a eu, il y a dix-huit mois, a duré dix-huit jours. Cette perte coïncidait avec l'époque des règles. Depuis deux mois, deux pertes extrêmement abondantes ont eu lieu, la première de douze jours et la seconde de quinze jours, à un intervalle de vingt-cinq jours. Caillots abondants.

Phénomènes dyspeptiques anciens.

Constipation habituelle.

Toux fréquente.

Maux de tête à l'époque des pertes.

Sujette aux douleurs rhumatismales.

L'auscultation du cœur fait entendre le bruit du souffle caractéristique de l'anémie ; la malade souffre de la tête. Céphalalgie des anémiques.

A l'examen, col très haut, masse ronde, dure, dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Col large, ramolli et entr'ouvert comme celui d'une femme enceinte de plusieurs mois.

Col renversé en champignon. Son élévation sous la paroi abdominale a dilaté la région hypogastrique sous laquelle on sent une masse dure transmettant par des pressions le mouvement au col de l'utérus.

La sonde utérine pénètre en décrivant des sinuosités à 10 centimètres. Cet examen permet d'affirmer qu'il existe un fibroïde intrapariétal qui tend à se diriger vers la cavité utérine.

8 janvier. — Confirmation du diagnostic et première application du courant continu avec intermittences rythmées, 48 éléments ; résistance, 1,200. Excitateur positif dans le canal cervical, négatif sur la paroi abdominale.

Applications électriques régulièrement trois fois par semaine.

28 février. — Le traitement a fait disparaître les pertes ; la malade se trouve en très bon état. Elle marche mieux, est moins essoufflée en montant l'escalier de la salle, le mal de tête est moins tenace.

Le traitement est continué de la même manière jusqu'au 16 juin, et, chaque mois, la malade accuse une nouvelle amélioration.

Les règles, revenues au mois de mars, ont duré six jours sans amener d'affaiblissement notable et ont reparu depuis lors dans les mêmes conditions.

Au 12 avril, l'examen pratiqué à la clinique en présence des médecins et des élèves qui ont suivi la malade, démontre la diminution de la tumeur, qui s'élève moins haut au-dessus du pubis et présente une moins grande largeur. D'autre part, l'utérus est moins fortement abaissé et moins lourd. Il semble s'être élargi, ce qui indique que la tumeur s'est engagée davantage dans la cavité.

Au 16 juin, un nouvel examen nous montre une diminution encore très notable de l'ensemble de l'utérus et de la tumeur. La malade va à merveille.

Elle ne souffre plus ni de la région lombo-sacrée, ni du ventre, ni des maux de tête. Elle marche sans gêne et sans fatigue, demandant à cesser le traitement pour reprendre ses occupations.

A ce moment-là seulement, prescription d'arséniate de fer et de quinquina. Aucun traitement n'a été fait pendant toute la durée des applications des intermittences rythmées.

Observation V.

23 avril 1880. — Madame X, quarante-six ans. Réglée à dix ans et demi. Époques toujours très régulières et normales. Pas sujette aux pertes blanches.

Na jamais eu ni enfants ni fausses couches.

Bon appétit, bonne digestion.

Quelques tendances à la constipation, facilement combattue par des lavements.

Douleurs dans les reins et dans le ventre.

La marche fatigue assez vite la malade, pour qui la station debout est très pénible.

Jamais d'hémorrhagies utérines.

Il y a environ quatre mois, pour la première fois, la malade a eu deux fois ses règles dans le mois.

Il y a un mois, reproduction du même phénomène.

Les dernières règles ont été normales.

Quelques douleurs rhumatismales ; quelques hémorrhoïdes non fluentes.

A l'examen, au palper abdominal, on sent deux énormes tumeurs rondes et dures qui occupent la presque totalité de l'abdomen. Celle de droite, beaucoup plus volumineuse, remonte à deux travers de doigt environ au-dessous des fausses côtes ; ces tumeurs sont mobiles, et, d'autre part, la mobilité très grande de l'utérus indique qu'elles ne tiennent à cet organe que par un mince pédicule. Le col est en arrière et frotte sur le plancher va-

ginal ; commencement d'ulcération à l'orifice du canal cervical.

23 avril. — La malade est aussitôt soumise aux intermittences rythmées du courant continu.

70 éléments ; résistance, 1,500. Pôle négatif dans le canal cervical. Large électrode humide sur l'abdomen. Les applications sont faites trois fois par semaine.

26 mai. — A l'examen, la malade présente des tumeurs s'élevant moins haut dans l'abdomen et excessivement mobiles.

La névralgie lombo-abdominale a disparu ; la malade peut plus facilement se tenir debout et marcher.

Le traitement est continué régulièrement de la même manière jusqu'au 30 septembre, époque à laquelle la malade déclare qu'elle va tout à fait bien.

L'examen démontre alors que les tumeurs sont devenues plus petites, plus mobiles et plus dures ; en les pressant, on ne détermine aucune douleur. Le col est plus élevé ; il ne frotte plus sur le plancher vaginal ; la malade peut se coucher sur le côté, sans douleur, ce qui lui était impossible avant le traitement. Elle ne ressent plus ni malaise ni douleur dans la région lombaire ou dans le ventre ; la marche est devenue facile ; la malade se trouve en si bon état qu'elle ne compte plus revenir à la clinique demander des soins.

Observation VI.

2 mai 1880. — Madame X, quarante ans. Réglée à dix-sept ans, toujours très régulièrement.

Pertes abondantes de cinq à six jours de durée.

Peu sujette aux pertes blanches.

N'a jamais eu d'enfants.

Vives douleurs dans la région lombaire, fréquemment quelques douleurs dans le ventre.

Sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

La fatigue vient vite en marchant.

Depuis le mois de janvier, il y a de l'irrégularité dans les règles. Du 31 décembre au 25 janvier, la malade a constamment

perdu du sang en assez grande abondance ; puis, à la suite, elle est restée un mois sans en perdre. Alors la régularité s'est à peu près rétablie. Les règles sont devenues moins abondantes qu'au mois de janvier ; elles durent cependant une douzaine de jours chaque fois.

Appétit capricieux.

Digestions lentes.

Tympanisme stomacal. Rougeurs au visage après les repas, avec envie de dormir.

Constipation fréquente.

Très souvent maux de tête. Tempérament nerveux, impressionnable ; enfant, la malade a eu quelques crises nerveuses.

A l'âge de neuf ans, à la suite d'émotions vives causées par la mort de son père, la malade a perdu complètement la vue pendant trois semaines.

Névralgie sciatique gauche, hémorrhoïdes datant de douze ans, fréquentes crises d'asthme.

Au palper abdominal, on sent un véritable chapelet formé par des tumeurs fibreuses au nombre de six au moins.

Le col est congestionné ; il a l'aspect œdématié d'un col qui subit une gêne de la circulation ; dans le cul-de-sac postérieur déformé, on sent une tumeur ; de même dans le cul-de-sac antérieur.

On peut apprécier que deux de ces tumeurs adhèrent intimement à la matrice ; les autres sont sous-péritonéales et sans union bien intime avec l'utérus.

La malade est aussitôt soumise aux intermittences rythmées du courant continu.

72 éléments ; résistance, 2,300.

Les applications sont régulièrement faites trois fois par semaine.

5 août. — La malade est examinée ; les tumeurs sont devenues mobiles les unes sur les autres ; l'allègement est considérable ; le ventre est moins gros ; les fonctions digestives se font mieux : la malade accuse la disparition des douleurs de tête.

Les règles sont régulières et beaucoup moins abondantes ; leur

durée a diminué de cinq jours, ce qui les porte à sept jours seulement.

La malade se sent très soulagée ; toutes les fonctions s'exécutent beaucoup mieux. La névralgie lombaire est moins intense.

La malade demande à continuer le traitement, ce qui lui est accordé, jusqu'à la fin du mois de décembre.

A ce moment, un nouvel examen permet de constater une nouvelle amélioration. En effet, les tumeurs sont de plus en plus mobiles, à ce point que la malade dit éprouver une sensation de roulement de boules les unes sur les autres lorsqu'elle change de position dans le lit. Leur volume est moindre.

Les règles sont régulières, et c'est à peine si la malade perd du sang pendant vingt-quatre heures.

Elle est très satisfaite de sa santé générale, affirmant qu'elle ne s'est pas si bien portée depuis vingt ans.

Aucun traitement n'a été employé en dehors des intermittences rythmées du courant continu.

Observation VII.

4 juin 1880. — Madame X..., trente-cinq ans. Réglée à douze ans. Pertes modérées au début.

Peu sujette aux pertes blanches.

N'a jamais eu ni enfants ni fausses couches.

Il y a douze ans, la malade a eu des retards et des arrêts dans la menstruation, qui ont fait croire à une grossesse. Le ventre grossissait progressivement ; mais, au bout de neuf à dix mois, il diminua et les règles redevinrent régulières. A ce moment, un médecin crut à une grossesse extra-utérine. Trois ans après, c'est-à-dire il y a neuf ans, la malade a commencé à avoir des pertes très abondantes durant de treize à quatorze jours à l'époque de ses règles.

Ces pertes ont fini par continuer dans les intervalles, de sorte que la malade était toujours dans le sang. Il y a deux ans et demi, ces pertes intercalaires se sont arrêtées et la malade perd seulement à l'époque de ses règles pendant douze à quinze jours.

Elle souffre beaucoup au début et pendant les quatre premiers jours.

Bon appétit, bonnes digestions. Constipation. Sommeil excellent. Pas de maux de tête.

Douleurs en ceinture, dans le bas-ventre. Le ventre semble lourd.

Marche et station debout assez faciles depuis quelque temps ; fréquentes envies d'uriner. Hémorrhoïdes. Tempérament très nerveux et très impressionnable. Col long. Utérus immobile. Culs-de-sacs libres. Une tumeur fibreuse remonte jusqu'au-dessus de l'ombilic. Elle est ronde et dure, située sur la ligne médiane. Son volume et sa forme sont tels qu'elle s'appuie sur les iliaques et laisse la marche assez facile.

A la fin du mois d'octobre, la malade, qui a été trois fois par semaine soumise à l'application des intermittences rythmées du courant continu (68 éléments ; résistance, 2,200) est interrogée et examinée.

Les règles ont été extrêmement abondantes en juillet et ont duré dix-huit jours. Le mois suivant, elles ont duré dix jours. En septembre et en octobre, leur durée s'est limitée à cinq jours sans aucun malaise. Il y a maintenant trois mois que la malade ne ssuffre plus au moment de ses règles.

La névralgie lombo-abdominale s'est grandement atténuée ; les besoins fréquents d'uriner ont disparu. Une remarque intéressante, c'est que le teint jaune paille de la malade a disparu et a fait place au meilleur aspect de santé.

La tumeur s'est abaissée au-dessous de l'ombilic. Le traitement est alors interrompu, et la malade quitte l'hôpital sous la recommandation expresse de revenir au moindre accident ou même au plus petit malaise.

8 mai 1882. — La malade revient. Elle a eu, le mois dernier, une métrorrhagie de dix jours. Le traitement est repris et est continué pendant deux mois. Les règles reviennent à la durée normale de cinq jours. Le traitement est à nouveau interrompu. Avec ce retour d'hémorrhagie était réapparue la névralgie lombo-abdominale, mais non les besoins d'uriner.

La névralgie a cédé dès les premières applications.

Observation VIII.

24 mars 1880. — Madame X..., trente-cinq ans. — Réglée à dix-sept ans, toujours très régulièrement et en petite quantité. Pas sujette aux pertes blanches.

N'a jamais eu ni enfants ni fausses couches.

Il y a dix-huit mois, la malade a commencé à souffrir dans le côté droit de l'abdomen avec irradiation de la douleur jusque dans l'épaule droite.

Le développement du ventre s'est fait insensiblement et s'est accentué surtout depuis une chute que fit la malade, il y a deux ans.

Aujourd'hui, elle a, dit-elle, une énorme tumeur qui occupe tout l'abdomen et remonte jusque sous les côtes; depuis quatre mois, elle a des vomissements de bile le matin au réveil.

La nuit, elle a des renvois amers.

Peu d'appétit, digestions difficiles.

La respiration est gênée, la marche pénible.

Pas de constipation.

Envies fréquentes d'uriner. Manifestations herpétiques. Au palper, on sent une masse globuleuse lisse et dure, inclinée à droite, s'élevant jusqu'à l'appendice xyphoïde, s'enfonçant sous les fausses côtes et refoulant le foie et l'estomac. Le toucher vaginal fait reconnaître un col mince et long placé très haut et en partie caché par le pubis. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse ronde, dure et point mobile.

Le spéculum ne peut donner aucun renseignement. D'après la forme, la consistance, la situation de la tumeur et ses relations avec l'utérus, il est permis de conclure que l'on a affaire à un fibro-myome de la paroi postérieure de la matrice.

Le traitement par les intermittences rythmées du courant continu est commencé le 24 mars et poursuivi tous les deux jours.

Dès la fin du mois d'avril, la malade accuse une notable amélioration. La douleur du flanc droit avec irradiation dans l'épaule a disparu. Depuis huit jours, il n'y a plus de vomissements bilieux.

La respiration est beaucoup moins gênée. La marche est toujours pénible; les besoins fréquents d'uriner persistent.

La partie supérieure de la tumeur est accessible au palper, c'est-à-dire qu'elle a diminué de volume ou qu'elle s'est abaissée.

Les applications d'intermittences rythmées sont continuées jusqu'au 16 juin régulièrement.

A cette époque, l'amélioration a fait de nouveaux progrès. Les vomissements bilieux, pas plus que la douleur, n'ont reparu. La malade marche très facilement sans oppression. Les besoins d'uriner sont moins fréquents. Il survient un peu de malaise au moment des règles, mais il n'y a pas de ménorrhagie. Quant au volume de la tumeur, il est moindre. Le fond est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La largeur est diminuée et la tumeur présente une grande mobilité.

Le toucher combiné avec le palper permet de s'en assurer.

La malade demande à continuer le traitement. Les résultats en sont suivis par les médecins et les élèves qui assistent à la clinique.

Observation IX.

4 août 1880. — Madame X..., couturière, trente-sept ans. — Réglée à treize ans, très régulièrement, assez abondamment pendant huit jours environ.

N'a jamais eu ni enfants ni fausses couches.

Il y a seize ans, la malade a commencé à souffrir de douleurs dans le ventre, de douleurs violentes dans la région lombaire avec irradiations sur le devant des cuisses.

Soignée à cette époque par les cautérisations au fer rouge, la malade fut très soulagée et se considéra longtemps comme guérie.

Depuis dix mois, les souffrances ont reparu aussi vives qu'autrefois; douleurs lombaires, douleurs de ventre. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre, envies assez fréquentes d'uriner. Urines peu abondantes et douloureuses au passage.

Pertes blanches purulentes et sanguinolentes depuis dix mois. Ménorrhagies avec caillots.

Perte d'appétit. Digestions longues et difficiles.

Chaleurs et rougeurs au visage, lourdeur excessive après les repas.

Selles abondantes, contenant un peu de sang. Maux de tête très fréquents.

Nerveuse et impressionnable, très herpétique.

A l'examen, col très petit, le cul-de-sac latéral gauche est obstrué par une masse ronde et dure qui fait corps avec l'utérus.

Coloration violacée du col œdémateux.

Impossible de soulever l'utérus large et gros, occupant tout le petit bassin.

L'examen à la sonde utérine permet d'affirmer la présence d'un fibrome dans la cavité utérine.

En effet, l'isthme largement ouvert, laisse pénétrer la sonde en argent souple à une profondeur de 9 cent. 1/2. Il faut pour arriver à cette profondeur donner à la sonde une double courbure; la première à concavité inférieure et un peu latérale à gauche, ce qui indique que le fibrome est développé dans la paroi postérieure de l'utérus et un peu à droite. C'est à la présence de ce fibrome qui s'avance dans la cavité utérine que doivent être attribuées les pertes sanguino-purulentes qui existent depuis dix mois.

Le palper abdominal retrouve dans la région hypogastrique une masse ronde et dure, sensible au toucher, s'élevant à cinq travers de doigts au-dessus du pubis.

Le traitement est commencé séance tenante et dans le but de favoriser la pédiculisation du fibrome intra-cavitaire. Un excitateur conique est introduit dans le canal cervical, et mis en rapport avec le pôle négatif de la pile. L'excitateur positif sous la forme d'un large tampon à éponges est appliqué sur le côté gauche du globe utérin, sur la paroi abdominale.

Le courant est fourni par 52 éléments et la résistance par 1,000 unités.

A la première application, vu les conditions qui se présentent d'un utérus dilaté par la présence d'un fibrome, nous observons avec soin, entouré d'un certain nombre d'élèves, si l'utérus se contracte sous l'influence du passage du courant.

A peine le manipulateur arrive-t-il progressivement à 30 élé-

ments que l'excitateur conique est repoussé du col pour laisser place à un véritable jet de muco-pus.

Nous laissons reposer l'utérus pendant deux minutes et la même expérience est répétée. Il n'y a pas de jet de liquide, mais l'excitateur est repoussé comme précédemment.

Les applications sont continuées tous les deux jours, jusqu'au retour des règles ; à ce moment, la malade perd du sang en abondance pendant huit jours et demande notre assistance.

Cette ménorrhagie est due à la dilatation du col. En effet, une main déprimant l'utérus par la pression sur l'hypogastre, l'index de l'autre main pénètre dans un canal largement ouvert et atteint le fibrome intra-cavitaire qui tend à dilater par la pression l'orifice interne.

Après les règles, le col s'est refermé en partie. Cependant on peut encore introduire l'excitateur conique jusqu'au contact de la tumeur fibreuse. Les applications sont continuées de la même manière tous les deux jours.

L'accident qui s'est produit en septembre au moment des règles ne s'est pas reproduit aux époques suivantes. Un examen est fait avec une grande attention et la malade est interrogée le 21 décembre, c'est-à-dire après cinq mois de traitement régulier.

La névralgie lombo-abdominale s'est apaisée. Les besoins fréquents douloureux d'uriner ont disparu. Les règles, depuis le mois de septembre, sont venues régulièrement et ont duré six jours chaque fois. Les fonctions digestives sont devenues meilleures et les selles moins abondantes ne contiennent plus de sang.

La tumeur hypogastrique est moins large et s'est abaissée ; la sensation est moins vive au palper.

Au toucher vaginal, on trouve un col très court et dilaté de la largeur d'une pièce de deux francs, par le fibrome que l'on voit à l'examen au spéculum sous la forme d'un disque annulaire d'un rouge vif.

A la sonde utérine, on trouve vite le corps fibreux, mais la partie adhérente est si large que l'opération nous semble peu opportune.

La malade, se trouvant très bien, demande à interrompre le traitement et promet de revenir au premier accident. Elle revient à la clinique le 15 mai 1881, après avoir éprouvé au moment des règles de violentes douleurs suivies de pertes de sang très abondantes, avec de gros caillots.

La dilatation fait quelques progrès.

Nous reprenons les applications galvaniques (intermittences rythmées du courant continu) en introduisant l'excitateur positif entre la paroi du col et le fibroïde.

Au retour des règles, en juin, la malade est prise de douleurs expulsives violentes, la ménorrhagie est abondante. Huit jours après les règles, nous tentons de passer une forte ficelle (mèche de fouet) à la base de la tumeur à l'aide de l'instrument à double canule de Gooch modifié par Péan.

Après plusieurs tentatives, le lacs est enfin porté sur la base de la tumeur et un serre-nœud est mis à la place de l'instrument de Gooch. Nous faisons mettre de la glace sur le ventre deux fois par jour ; des irrigations d'eau phéniquée et chloralée sont faites dans le vagin et quelques tours sont imprimés au barillet du serre-nœud.

Au onzième jour, la ficelle a achevé la section et nous pratiquons l'extraction de la tumeur à l'aide d'un pince à faux germe et d'une pince de Museux. Nous préférons inciser à gauche le col aminci plutôt que de fractionner le fibrome.

Six jours après l'extraction du fibroïde, qui était du volume d'une très grosse orange, nous reprenons les applications électriques qui ramènent assez promptement l'utérus en regression.

Au mois d'août, un examen fut pratiqué en présence des élèves et il fut reconnu que l'utérus, très diminué de volume et rentré complètement dans le petit bassin, portait accolé à sa paroi gauche, un fibro-myome gros comme une petite mandarine.

La malade se trouvant bien portante, n'ayant ni pertes de sang, ni écoulement purulent, cessa le traitement.

Elle est revenue au mois de mars 1882 se présenter à notre examen.

La situation ne s'est pas modifiée, la santé de la malade est

excellente, elle doit revenir au moindre accident. Aujourd'hui, 20 janvier 1883, elle n'a pas été revue ; nous avons appris qu'elle est toujours en bonne santé.

Observation X.

3 novembre 1880. — Madame X..., trente-huit ans. — *Envoyée à la Clinique par M. le Dr Wecker.*

Réglée à onze ou douze ans. Toujours très régulièrement, sujette aux pertes blanches.

Deux grossesses. Accouchements assez faciles.

Il y a un an, les règles se sont arrêtées pendant quatre mois à la suite d'une chute.

Au bout de quatre mois, elles sont revenues très abondantes ; les deux derniers mois, les règles ont été doublées.

Douleurs très vives dans la région lombaire, dans le ventre, avec irradiations sur la face antérieure des cuisses jusqu'aux genoux.

Sensation de pesanteur dans le ventre.

Fréquentes envies d'uriner.

Sujette à des syncopes depuis la chute.

Bon appétit. Digestions lentes.

Constipation opiniâtre.

Battements de cœur fréquents.

Sujette aux douleurs rhumatismales.

Nombreuses manifestations herpétiques.

Tumeur fibreuse énorme qui dépasse l'ombilic à gauche et fait corps avec l'utérus.

C'est un fibro-myome intra-pariétal que la malade dit s'être développé depuis la chute qu'elle fit, il y a un an.

Avant cette époque, sa santé était excellente, ses règles très régulières et son ventre très plat ; depuis la chute, au contraire, la santé est troublée, les règles ont subi de grandes perturbations, et le ventre est devenu énorme.

Les applications des intermittences rythmées du courant con-

tinu sont commencées de deux en deux jours, comme c'est l'usage à notre Clinique.

Le pôle négatif armé d'un excitateur conique est mis en rapport avec le canal cervical, pendant qu'un tampon à éponge, fixé au pôle positif, est appliqué sur la paroi abdominale, au niveau de l'extrémité supérieure de la tumeur. Le courant est fourni par 76 éléments, la résistance est égale à 2,000 unités.

Vingt-six applications sont faites de la sorte jusqu'au commencement du mois de février 1881. Pendant ce laps de temps, les règles sont revenues trois fois à vingt-huit jours de distance et n'ont duré que cinq jours.

Depuis quelques semaines, la malade ne cesse de faire observer la diminution énorme subie par le ventre. En effet, après une quinzaine d'applications, il était facile de constater que la tumeur qui, au début du traitement dépassait l'ombilic, dépassait à peine les pubis à ce moment d'une hauteur de 6 à 7 centimètres. La largeur du fibrome avait diminué dans les mêmes proportions.

En même temps, la névralgie lombo-abdominale, que la malade disait si pénible, s'était calmée.

Les besoins fréquents d'uriner et la sensation de pesanteur dans le bas-ventre avaient disparu.

La constipation elle-même si tenace et si opiniâtre avait cédé à l'emploi de l'intermittence rythmée.

Les résultats, dans ce cas, dépassaient notre attente, et nous aurions douté de l'exactitude de notre diagnostic si la malade n'eût été vue antérieurement par le professeur Verneuil et plus tard par le docteur Péan.

Il est certain que, après cinq mois de traitement, la tumeur était rentrée dans le petit bassin, diminué au moins de 7/8 de son volume; en même temps qu'étaient disparus tous les accidents morbides auxquels elle donnait lieu.

A quoi attribuer cette étonnante réduction de volume de ce fibro-myome? Nous serions bien embarrassé de le dire. C'est la seule fois, dans le grand nombre de fibromes que nous avons traités par les intermittences rythmées du courant continu, qu'une semblable réduction s'est produite en pleine période d'activité

sexuelle et dans un laps de temps relativement très court.

Il importe, sans aucun doute, de tenir compte de la race (la malade appartient à la race nègre), mais aussi de ce fait que la malrde a eu deux grossesses à terme. En effet, il résulte des recherches de M. Doléris (Société de Biologie, 3 février 1883), que l'influence de la gravidité sur les tumeurs fibreuses se traduit par une accentuation de la lobulation. De plus, dans les lobes ou nodules de la tumeur, il se manifeste une tendance générale au dépôt du tissu myxomateux. En même temps, les vaisseaux lymphatiques acquièrent un développement exagéré et subissent des modifications d'ordre inflammatoire.

Il est possible que ces transformations, encore aujourd'hui peu connues, créent à l'intermittence rythmée du courant continu des conditions plus favorables à la réduction de volume des fibro-myomes.

CONCLUSION

L'emploi de l'électricité dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus est basé sur des faits physiologiques et peut produire les résultats les plus avantageux.

A l'exclusion de tout autre mode d'électrisation, électrolyse, courants induits, courants continus, il faut employer les courants à intermittences rythmées. Un métronome ordinaire peut faire facilement l'office de régulateur.

Par l'application ainsi pratiquée de l'électricité :

A. En règle générale on obtient une diminution, sinon la cessation complète des hémorrhagies et, suivant l'âge de la malade, un retour à la menstruation normale.

B. Les douleurs disparaissent.

C. On peut espérer voir la tumeur diminuer de volume, ou tout au moins cesser de s'accroître, ou bien encore se pédiculiser et se mieux prêter à l'opération.

D. Amélioration successive de l'état général des malades.

Aucun accident grave ne peut jusqu'à présent être imputé à ce mode de traitement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 janvier 1883. — Présidence de M. Cornil.

CANCER DE L'OVAIRE. — OBSTRUCTION INTESTINALE. — ÉVOLUTION RAPIDE DES LÉSIONS

Par M. Barral, interne des hôpitaux

Le 6 janvier, Marie C..., âgée de 30 ans, entre à la Pitié dans le service de M. Audhoui. Elle n'accuse aucun antécédent morbide soit héréditaire, soit personnel. Nullipare, ses règles étaient normales; Il y a deux mois, elles diminuaient pour se supprimer à la dernière époque. Elle a vécu dans une profonde misère et beaucoup souffert.

Elle se présente très amaigrie, pâle, se plaignant d'une grande suffocation, de vives douleurs abdominales; elle n'a pas eu de selles depuis 15 jours. Le ventre est très tendu, saillant. La peau est luisante; de grosses veines dilatées sont disséminées sur la paroi abdominale. Cette paroi est fortement œdémateuse, ainsi que les grandes lèvres, la partie supérieure des cuisses. On trouve une légère fluctuation, de la matité dans les parties déclives, surtout marquée dans l'hypochondre, à gauche et au niveau du foie. Les organes thoraciques sont refoulés par l'extrême tuméfaction du ventre; souffle au deuxième temps à la base. Les urines sont rares, claires, sans albumine. Le pouls (80) est petit. La température est à 38°. Il y a grande faiblesse, sans algidité. Pas de vomissements. Huile de ricin, lavement purgatif.

7 janvier. — Pas de selles. Affaiblissement plus prononcé, langue sèche. Ballonnement extrême. Suffocation; pas de vomissements. T. 37°, 8; S. 37°, 4. Eau-de-vie allemande, 15 grammes.

8 janvier. — 2 selles dans la nuit: matières grisâtres, dures, fétides. L'anxiété diminue; le ventre est plus souple; le souffle au cœur a disparu. L'œdème et les douleurs persistent. La fluctuation est plus

marquée. La matité toujours plus prononcée à gauche. P. 80 T. 38°. S. 37°, 4.

Les jours suivants, les selles restent difficiles, rares, obtenues seulement par les purgatifs et les lavements. Le ventre est moins tendu, mais le reste encore assez pour empêcher avec la douleur, un examen approfondi. Les douleurs restent violentes dans les fosses iliaques, les lombes, suivant la colonne vertébrale jusque derrière la pointe du sternum. L'œdème persiste, la dilatation veineuse augmente ainsi que l'ascite. La faiblesse va croissant, l'inappétence est absolue, les nausées apparaissent. Un peu de subdelirium la nuit dans les derniers jours de la vie. Le pouls, de plus en plus misérable, finit par devenir insaisissable. La malade tombe dans le collapsus et meurt le 16 janvier.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent, au niveau du détroit supérieur, on aperçoit une tumeur qu'on prend tout d'abord pour la vessie distendue et dégénérée. Cette tumeur est fortement enclavée dans le petit bassin qu'elle dépasse à gauche vers la fosse iliaque, où elle comprime le gros intestin.

En enlevant les organes du petit bassin, on trouve la vessie revenue sur elle-même, aplatie contre le pubis, contenant quelques gouttes de liquide muco-purulent. On voit alors que la tumeur est adhérente à la face postérieure du ligament large droit, occupant la place de l'ovaire. Elle est ovalaire, du volume d'une tête de fœtus à terme, d'un blanc grisâtre et parsemée de petites végétations fibrineuses, sans adhérence avec les parties voisines. Rénitente, elle présente quelques points plus ramollis et un ou deux kystes à parois très minces, à contenu colloïde.

La trompe correspondante, conservant à peu près sa forme ordinaire, est très augmentée de volume, d'un tissu résistant au doigt, blanc jaunâtre. Chaque frange du pavillon est épaissie, rosée, carniflée, et le pavillon offre assez bien l'aspect d'une crête de coq étalée. La lésion paraît aller en diminuant en s'approchant de l'utérus. La trompe est restée perméable. Du côté gauche, il ne reste qu'un petit vestige de l'ovaire. Là aussi est une tumeur globuleuse, grosse comme une noix, plus pâle que la précédente, mais offrant comme l'autre quelques foyers sanguins. La trompe de ce côté est moins dégénérée que l'autre. Le col de l'utérus est sain, le corps, peu aug-

menté de volume, offre une consistance et une couleur analogue à celle de la trompe.

Le ligament large, de chaque côté, offre le même aspect blanc jaunâtre, la même dureté des tissus. Sur chaque bord interne des fosses iliaques, surtout à gauche, on aperçoit autour des vaisseaux, d'énormes ganglions dégénérés. On peut suivre cette dégénérescence ganglionnaire le long de la colonne vértébrale jusqu'au niveau de l'arrière-cavité des épiploons. L'aorte, la veine cave sont partout entourées de tissus lardacés, épais, résistants. Ces vaisseaux sont perméables, mais la veine a, par places, ses parois envahies.

L'induration cancéreuse se trouve sur tous les replis du mésentère qui sont épaissis, durs, sans qu'il y ait nulle part de tumeur distincte sur l'intestin, ni de rétrécissement du canal, revenu cependant sur lui-même et comme atrophié. Les franges épiploïques sont, elles aussi, dégénérées. Le grand épiploon est relativement sain, offrant çà et là quelques plaques indurées.

On trouve quelques adhérences péritonéales, de la périhépatite à la face inférieure du foie, sans compression d'aucun vaisseau. Le péritoine est très épaissi au-devant de la rate, qui est saine.

On ne retrouve la dégénérescence cancéreuse dans aucun organe, sauf dans les reins; ceux-ci, de volume normal, sont plus durs qu'à l'ordinaire. Sains à la partie centrale, ils présentent sous la capsule, nullement adhérente, deux ou trois taches jaunâtres, ovalaires, grandes comme une pièce de cinquante centimes; ces taches pénètrent en coin dans la substance corticale.

Réflexions. — Cette observation nous a paru présenter quelques particularités intéressantes au point de vue clinique et anatomique : clinique, l'âge de la malade, la rapidité de la marche de la lésion, l'obstruction intestinale causée par compression ; anatomique, l'intégrité de l'utérus à côté de la trompe malade, l'intégrité de la vessie, de l'uretère ; l'envahissement de tous les ganglions abdominaux, alors que tous les organes, sauf les reins, restaient indemnes.

(*Le Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 17 *novembre* 1882. — *Présidence de M. Pery.*

PRÉSENTATION DE MALADE

Hystérectomie partielle. — *M. Poinsot.* J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade, âgée de cinquante-cinq ans, à qui j'ai pratiqué une hystérectomie partielle le 10 octobre dernier. Il y a cinq ans, cette femme avait vu se développer dans le flanc droit une petite tumeur mobile qui, faisant peu à peu des progrès, finit par acquérir le volume du poing; à ce moment, c'est-à-dire il y a environ dix-huit mois, toutes règles ayant cessé, il survint une ascite considérable qui empêcha de suivre les dimensions de la tumeur et, par suite de troubles sérieux du côté de la respiration, nécessita une première ponction adominale. Depuis cette époque, vingt-cinq nouvelles ponctions ont été faites qui, séparées au début par intervalles de trois ou quatre mois, se succédaient à la fin tous les douze ou quatorze jours. Et ce n'étaient pas des ponctions de complaisance; le liquide se reproduisait très rapidement, la respiration devenait gravement troublée, et le prolapsus utérin amenait la rétention d'urine.

Le 10 octobre, j'ai pratiqué la laparotomie médiane et extrait une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, qui était remarquable par son extrême vascularité. Elle présentait à son pourtour une série de vaisseaux figurant assez bien le filet d'un ballon et mesurant le volume des anses intestinales du lapin. Le pédicule très court mesurait à peine 1 centimètre; j'en appelle au souvenir de mon excellent collègue et ami M. André Boursier, qui avait bien voulu me prêter assistance dans cette opération. L'hémostase demandait donc beaucoup de soin.

Je traversai la base de ce pédicule avec une broche au-dessous de laquelle je passai un double fil de fer croisé que je serrai; puis je la sectionnai à l'aide du thermo-cautère. Je pus voir alors que l'hémostase séroso plastique récemment préconisée en Allemagne n'aurait pas dans ce cas trouvé son application; deux de ces vaisseaux étaient gros comme des porte-plumes ordinaires. Le thermo-cautère et le perchlorure de fer me servirent à arrêter toute hémorrhagie,

après quoi je fis la suture profonde et la suture superficielle, sans avoir recours au procédé particulier de Kœberlé qui consiste à suturer les muscles. J'espère néanmoins, vous allez voir la cicatrice, ne pas avoir d'éventration. L'incision cutanée avait été de minime longueur, de 10 centimètres seulement.

Les suites ont été des plus simples. La température maxima de 38°,4 ne peut pas être mise sur le compte d'une fièvre traumatique; elle témoigne seulement de la réaction de l'opérée contre le refroidissement subi pendant l'opération. Le cinquième jour, j'ai enlevé les sutures profondes; le dixième, la broche devenue mobile a coupé le pédicule et le serre-nœud s'est enfoncé dans l'abdomen; le dix-septième, j'ai enlevé le serre-nœud lui-même et pu débarrasser la malade du lien en fil de fer; enfin cette femme guérie s'est levée le vingt-unième jour; vous voyez que son état général est très satisfaisant.

Je n'hésite pas, Messieurs, à attribuer tout le succès de cette opération à l'emploi rigoureux de la méthode listérienne issue de la théorie des germes dont nous avons l'honneur de posséder parmi nous aujourd'hui l'un des plus illustres représentants.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 4 octobre 1882.

FAUX HERMAPHRODISME

M. Fancourt Barnes présente un enfant vivant portant des malformations que Simpson a désignées sous le nom de *faux hermaphrodisme*. Il n'a trouvé aucune trace de testicule ni d'utérus; cependant il inclinerait à croire que cet enfant est du sexe masculin.

HYPERTROPHIE DU PLACENTA

M. Herman présente un spécimen d'hypertrophie du placenta. Il a été enlevé par morceaux et on en a laissé une grande partie chez la malade; la portion présentée pesait plus de 2 kilog. A l'œil nu normal, l'enfant était en état de décomposition.

DÉGÉNÉRESCENCE DU PLACENTA

M. Champneys présente un placenta atteint à sa face utérine de dégénérescence fibrineuse et à sa face fœtale de dégénérescence calcaire. L'enfant était vivant.

SUR UN BASSIN OBLIQUE AVEC SYNOSTOSE UNILATÉRALE

M. Champneys lit un mémoire sur ce sujet.

Le bassin dont il s'agit est celui d'un enfant de 7 à 15 ans chez qui les symptômes de la puberté avaient commencé à se manifester. A ce moment, l'articulation sacro-iliaque gauche s'enflamma, ce qui détermina la synostose de la surface articulaire.

La moitié gauche du sacrum était rapetissée et l'os s'était dévié de façon à regarder un peu à gauche. La moitié gauche du bassin était rétrécie, la symphyse pubienne était déviée vers la droite et sa moitié gauche, déplacée, était située derrière la droite.

L'auteur regarde ce bassin comme une pièce curieuse et qui peut servir à expliquer le mode de formation du bassin de Nœgelé.

CLOISON TRANSVERSALE DU VAGIN

M. Genis décrit un cas de cette malformation. La malade était âgée de 22 ans et réglée régulièrement. Elle vint le consulter parce qu'elle éprouvait de la gêne dans la miction, ce qui était dû à la présence d'une caroncule uréthrale. Le vagin semblait se terminer en cul-de-sac à environ 3 ou 4 centimètres de son orifice, présentant de chaque côté une poche qui, de prime d'abord, pouvait faire croire à la présence d'un double vagin.

Du côté gauche, se trouvait un petit orifice qui laissait pénétrer une sonde dans l'espace situé en arrière. L'hymen existait encore. On pouvait sentir l'utérus par le rectum. On divisa la cloison à l'aide du thermo-cautère et l'on donna issue à du mucus brunâtre. Le col utérin était entouré de granulations. En même temps on éleva la caroncule. La malade alla bien et la métrite cervicale s'améliora dès que le col ne fut plus en contact avec les produits de sécrétion qui étaient retenus. L'auteur insiste sur la valeur du thermo-cautère, qui dans ce cas, diminue les chances de septicémie.

IMPERFORATION DE L'HYMEN

M. Mathews Duncan lit une observation sur ce sujet.

1° On constate une absence de douleurs, remarquable pendant presque tout le temps que la maladie se développe. La malade n'a jamais été réglée et n'a jamais souffert d'aucun trouble en rapport avec cette fonction jusqu'à il y a dix-huit mois, quand un médecin lui dit qu'elle avait une grosseur dans le bas-ventre. Depuis cette époque elle a éprouvé des douleurs intermittentes. L'auteur explique ce fait en disant que le corps de l'utérus n'était pas distendu, car il est prouvé que la distension du corps de l'utérus est beaucoup plus douloureuse que la dilatation du vagin et du col.

2° Dans ce cas on n'employa pas les injections. On fit une incision avec le thermo-cautère. Il s'écoula environ 800 grammes de liquide comme de la mélasse et environ 600 grammes le lendemain, et il en sortit pendant cinq jours en tout à peu près 1,500 grammes. Jamais on ne constata de fétidité. On ne permit d'exercer aucune pression sur le ventre ni d'intervenir en quoi que ce fût relativement à l'écoulement. On plaça à la vulve de la charpie phéniquée et la malade se rétablit parfaitement.

3° L'état des organes rend le terme « imperforation de l'hymen » impropre et faux. Le vagin était fermé par une membrane sur laquelle on pouvait distinguer l'hymen entier et normal ; après l'opération on pouvait encore voir l'hymen qui avait conservé sa situation et ses rapports normaux. L'auteur a déjà remarqué ce fait dans d'autres cas et a constaté la présence de l'hymen quand l'utérus et le vagin étaient absents. A ce sujet, il considère comme erronée l'opinion de Budin, qui regarde l'hymen comme l'extrémité antérieure du vagin.

NOUVEAU PESSAIRE A TIGE INTRA-UTÉRINE

M. Swayne présente un nouveau modèle de pessaire à tige intra-utérine qui a, d'après son inventeur, l'avantage de pouvoir s'introduire facilement, de rester en place et de permettre à l'utérus de se mouvoir. Il faut, quand il est appliqué, surveiller les malades et retirer la tige dès qu'elle cause de la douleur et qu'il y a une élévation de température.

Séance du 1er novembre 1882.

GROSSESSE INTERSTITIELLE OU TUBO-UTÉRINE

M. Alban-Doran présente un spécimen de ce cas. Le kyste fœtal était situé sur la partie droite du fond de l'utérus. Le ligament rond partait de la face antéro-externe du kyste, la trompe pénétrait dans son intérieur et s'y épanouissait comme dans un infundibulum. La partie inférieure du kyste venait bomber dans la cavité utérine et l'on pouvait faire passer une soie jusque dans la cavité kystique en l'introduisant par l'*ostium uterinum* de la trompe.

Celle-ci devenait infundibuliforme au moment où elle débouchait dans le kyste. L'origine tubaire du kyste était donc nettement démontrée. La rupture s'était faite au second mois. L'ovaire droit présentait un corps jaune.

M. Duran a examiné les cinq autres cas de ce genre qui se trouvent au musée de Londres et appelle l'attention sur la rareté de cet état et sur la tendance qu'il présente à se terminer par une rupture précoce. Si l'on avait fait la section abdominale, l'hystérectomie aurait été la seule ressource.

HERMAPHRODITE

M. Chalmers présente les organes génito-urinaires d'un enfant dont les parties internes étaient du sexe féminin et les parties externes ressemblaient à celles du sexe masculin. Le clitoris présentait un sillon à sa face inférieure, mais pas trace de canal.

M. Fancourt Barnes informe la Société que l'enfant qu'il a présenté dans la dernière séance est mort et que l'autopsie a fait voir qu'il était du sexe féminin.

TORSION DU CORDON

M. Chalmers présente un cordon ombilical remarquable par sa torsion et son rétrécissement au niveau de l'ombilic.

TUMEUR DU PLACENTA

M. Galabin présente un placenta qui renfermait une tumeur du volume et de la forme d'un cœur humain adulte. Elle était entourée

d'une capsule et sa face utérine était recouverte par une couche complète de tissu placentaire. Dans le voisinage se trouvaient plusieurs petites masses semblables détachées.

DESCRIPTION D'UN BASSIN CYPHOTIQUE AVEC DES REMARQUES SUR LA DESCRIPTION DE BREISKY

M. Champneys lit un travail sur ce sujet. Le bassin qu'il décrit serait un type de bassin cyphotique s'il ne présentait une légère asymétrie ainsi qu'une saillie que l'auteur appelle « spondilolisthésis postérieur ». Il critique la description de Breisky et insiste sur l'influence de la posture assise qui augmentera l'inversion des tubérosités ischiatiques, tandis qu'elle augmenterait leur éversion dans le bassin plat. La différence réside dans ceci : c'est que la malformation agit sur les tubérosités ischiatiques en les faisant déjeter, soit en dedans, soit en dehors de la ligne par laquelle se transmet le poids du corps, c'est-à-dire la symphyse sacro-iliaque.

DIABÈTE PUERPÉRAL

M. Matthews Duncan fait une communication sur ce sujet. Il établit une différence marquée entre la glycosurie légère de la grossesse et de la lactation et le diabète réel accompagné de polyurie et d'une glycosurie abondante. Les médecins et les chirurgiens savent parfaitement combien cette affection vient compliquer d'une façon fâcheuse les maladies qu'ils observent. Cependant l'attention des accoucheurs n'a été que très peu attirée vers la complication possible de la grossesse par le fait dn diabète, ce qui tient probablement à ce qu'elfe se rencontre rarement. L'auteur a pu rassembler 22 cas chez 15 femmes et fait voir la gravité de cette complication par rapport à la mère et à l'enfant. Des 22 grossesses, 4 se terminèrent par la mort de la mère. Sur 19 grossesses survenues chez 14 femmes, dans 7 cas, l'enfant après avoir atteint l'âge viable mourut pendant la grossesse; dans 2 cas, l'enfant naquit faible et mourut au bout de quelques heures; ce qui fait 9 morts sur 19 cas. Ces observations montrent que le diabète peut survenir pendant la grossesse, qu'il peut ne se montrer que pendant la grossesse, qu'il peut cesser en même temps qu'elle, qu'il peut survenir après l'accouchement, et enfin, lorsque la guérison s'est effectuée, qu'il peut ne plus se pré-

senter dans les grossesses consécutives. En outre elles nous font voir que la grossesse peut se produire chez les femmes diabétiques, que sa marche et sa terminaison peuvent ne pas être troublées par la maladie d'une façon appréciable, mais aussi que la gestation peut être interrompue par la mort du fœtus.

TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE POST PARTUM PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ERGOTININE

M. Chahbazian lit un travail sur ce sujet. L'ergotinine est l'alcaloïde de l'ergot de seigle; elle est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther. Une livre de poudre d'ergot contient 18 centigrammes d'ergotinine. Elle est indiquée quand l'hémorragie *post partum* est due à un défaut de contraction de l'utérus. La dose, pour une injection hypodermique, est de 5 à 10 gouttes d'une solution contenant 4 milligrammes d'ergotinine pour 20 gouttes de liquide. On pourrait faire plusieurs injections s'il le fallait, mais on ne dépassera pas 20 gouttes. On arrive ainsi à déterminer une contraction énergique et permanente de l'utérus; l'action est plus rapide qu'avec l'ergotine, elle se produit au bout de deux à cinq minutes.

PAUL RODET.

(*Journal de médecine de Paris.*)

REVUE DE LA PRESSE

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE. — TRAITEMENT PAR LE CHLOROFORME ET LE CHLORAL. — ACCOUCHEMENT NATUREL, ENFANT VIVANT.

Par G. BOUDET.

Le 11 septembre 1881, je fus appelé, le soir, auprès de madame X..., âgée de vingt-six ans, primipare. Mon confrère, M. le Dr Francis Bleynie, donnait ses soins à la malade qui était arrivée à peu près au terme de sa grossesse. La malade était installée à la campagne. M. Bleynie était auprès d'elle depuis le matin. Il avait déjà assisté à plusieurs attaques d'éclampsie qui se succédaient à de courts intervalles avec une grande violence. Il avait institué immédiatement le

traitement par des inhalations de chloroforme et avait réussi à éloigner les attaques. Après en avoir observé sept ou huit dans l'espace de quatre heures, il n'en avait plus vu que deux dans la soirée, séparées par un intervalle de trois heures.

Vu la continuité des soins à donner et en prévision d'une intervention chirurgicale dont l'indication pouvait se présenter d'un moment à l'autre, M. Bleynie avait demandé l'assistance d'un confrère.

J'arrivai auprès de la malade à dix heures du soir, M. Bleynie m'exposa la situation et me dit le succès relatif qu'il avait obtenu avec le chloroforme.

Le col avait encore de la longueur, il était extrêmement sensible, le toucher était très douloureux et provoquait une telle agitation que M. Bleynie, craignant de provoquer des attaques, avait pris le parti s'abstenir de la pratiquer.

L'état de la malade était très grave, la face était tuméfiée, la langue mordue, gonflée et violacée, faisait saillie entre les lèvres. Après chaque attaque l'état comateux se prolongeait pendant plus d'une heure et lorsqu'il diminuait, un état d'agitation violente avec cris lui succédait et présageait une nouvelle attaque.

Le travail étant à peine commencé et à cause de la sensibilité excessive du col qui nous paraissait rendre dangereuses des manœuvres ayant pour but d'activer le travail, nous pensâmes qu'il fallait s'attacher à diminuer la fréquence et la violence des attaques convulsives. En conséquence, nous administrâmes un lavement avec deux grammes de chloral tout en continuant le chloroforme quand les cris et l'excitation faisaient craindre une nouvelle attaque. Il y en eut cependant encore trois dans la soirée, la dernière de ces trois eut lieu vers une heure du matin. La malade resta dans un état comateux assez prolongé et sous l'influence du chloral et du chloroforme la somnolence dura toute la nuit. Malgré un second lavement de chloral administré à six heures du matin, il y eut encore une attaque de convulsions, le 12, à sept heures du matin, mais ce fut la dernière.

La malade restait somnolente et dans un état d'hébétude dans lequel elle avait à peine conscience de ce qui se passait, mais la langue se dégonflait, l'œdème du visage diminuait, quoique l'albumine fut toujours abondante dans l'urine.

Dans la journée du 12, nous pûmes constater que la dilatation du col avait augmenté, et le soir les contractions utérines provoquaient

des plaintes de la malade, encore sous l'influence du coma; le travail marchait. Les phénomènes se continuèrent pendant la nuit du 12 au 13, deux lavements de chloral furent encore administrés au commencement et à la fin de la nuit, et dans la matinée du 13, à onze heures, madame ... accouchait d'un enfant mâle à peu près à terme, mais très petit.

Une hémorrhagie assez considérable suit la délivrance; une dose de seigle ergoté la fit cesser sans qu'il ait été nécessaire de recourir au tamponnement.

Il n'y eut pas aprés la délivrance de nouvelles attaques et la malade entra rapidement en convalescence.

Il m'a paru intéresant de présenter aux lecteurs du journal de la Société de médecine de Limoges le tableau rapide que je viens de tracer, parce que cette observation présente des particularités analogues à celles sur lesquelles j'avais déjà insisté dans d'autres observations présentées à la Société. J'avais déjà remarqué, dans les cas auxquels je fais allusion, que les attaques d'éclampsie s'étaient montrées plus nombreuses et plus rapprochées au début du travail que lorsque la dilatation du col était avancée. Le même fait s'est reproduit dans le cas que je viens de décrire; malgré un reste de coma et d'hébétude, la malade a supporté sans attaques les dernières phases du travail. Il est vrai qu'il faut tenir compte du traitement, et il n'est pas douteux pour moi que le chloroforme et le chloral ont eu une heureuse iufluence; mais, pendant un assez grand nombre d'heures, à la fin du travail, nous ne fîmes plus respirer de chloroforme et nous ne donnâmes plus de lavements de chloral. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion que j'ai déjà émise dans les observations précédentes : que les contractions utérines ayant pour but d'effacer et de dilater le col au commencement du travail sont particulièrement efficaces pour provoquer les attaques.

Notons aussi l'hémorrhagie qui suivit immédiatement la délivrance et qui eut peut-être une heureuse influence pour empêcher le retour des attaques,

Il faut aussi remarquer ce fait de la naissance d'un enfant vivant après des attaques nombreuses et violentes.

(*Journal de Médecine de la Haute-Vienne.*)

DOUBLE PROLAPSUS OVARIEN CHEZ UNE HYSTÉRIQUE. — COMPRESSION OVARIENNE INTRA-VAGINALE PRODUISANT LE TRANSFERT.

Par M. H. Baraduc.

Madame B., trente-quatre ans en 1878, était sujette à trois états hystériques : 1° grandes crises d'hystéro-épilepsie presque quotidiennes, complètement guéries par un traitement dirigé sur les points hyperesthésiés de la colonne et par la pose de deux sétons filiformes préovariens; 2° attaques de contractures fréquentes, mais assez courtes des deux membres gauches; 3° hémi-anesthésie avec ovarie gauche persistant actuellement, sans que la pression abdominale ait jamais eu d'effet sur l'état hémi-anesthésique actuel ou sur celui des crises antérieures. La malade a de plus une rétroflexion utérine avec une rétroversion qui rend compte de la facilité avec laquelle on perçoit les ovaires par le toucher vaginal.

A travers la paroi du vagin on sent, sur les côtés du fond de l'utérus rétrofléchi, un corps pédiculé en forme d'amande, fuyant sous le doigt comme un testicule; le gauche est plus bas et plus gros; il est d'une exquise sensibilité à la douleur, constituant l'*ovarie*, tandis que le droit, situé du côté non hémi-anesthésique, est indolore.

Ils disparaissent par le redressement utérin et reparaissent avec la rétroflexion; au moment de l'époque, l'ovaire prend une forme globuleuse.

Expériences :

1° La pression sur la plaque dermalgique gauche produit une souffrance, mais sans transfert;

2° La pression *intra-vaginale franche* sur l'ovaire gauche fait jeter un cri à la malade et le transfert est effectué; du côté gauche, retour de la sensibilité très nette dans les membres; zone dermalgique disparue, motilité montée de 5 à 20 kilogrammes. Du côté droit : la motilité et la sensibilité ont diminué; apparition de la plaque dermalgique; l'ovaire droit, au toucher vaginal, *a hérité* de la douleur si vive qui vient de disparaître de l'ovaire gauche, ainsi qu'on peut le constater en le retouchant;

3° La pression *franche* intra-vaginale de l'ovaire droit fait de ce côté cesser tous les phénomènes dus au transfert : la sensibilité et

la motilité existent alors dans les quatre membres et les ovaires sont indolores.

Il faut une pression *franche* et énergique pour obtenir ces résultats, tandis qu'une pression incomplète de l'ovaire, si elle cause le transfert, ne détermine pas la cessation complète de la douleur ovarienne, et la plaque dermalgique persiste un peu.

On peut donc tirer les conclusions suivantes :

1° Ce sont bien les deux ovaires en prolapsus dans le fond du petit bassin qui ont été comprimés;

2° La pression *intra-vaginale* étant pour ainsi dire directe a seule pu déterminer le transfert;

3° Le degré d'*ovarie* de l'ovaire est en rapport avec celui de la *dermalgie* de la plaque cutanée qui le recouvre;

4° L'ovaire *seul* est le siège de cette douleur spéciale à l'hystérie, qui a pour expression cutanée sa plaque dermalgique.

(*Paris médical.*)

De la menstruation compensatrice par le conduit auditif externe

Nous avons déjà rapporté, d'après le *Medical Record* un cas de menstruation compensatrice par le conduit auditif externe. M. le Dr Field vient de publier dans la *Medical Press* du 8 février 1882 un exemple qu'il fait suivre de remarques intéressantes.

A. B..., célibataire, âgée de 18 ans, fut reçue à Saint-Mary's Hospital le 22 août 1881. A l'âge de 6 ans, elle reçut un coup derrière l'oreille droite, à la suite duquel survint un écoulement jaunâtre qui a toujours persisté. Sujette aux maux de tête et de reins, elle fut réveillée une nuit, étant alors âgée de 14 ans, par une épistaxis qui revint le lendemain et disparut trois jours plus tard. Un mois après, survint par l'oreille droite un écoulement sanguin qui dura une heure et fut très abondant. Il s'accompagna de bourdonnements d'oreille et d'un bruit de cliquetis dans la tête. Depuis cette époque, elle a régulièrement perdu du sang par l'oreille, toutes les trois semaines L'hémorragie que la malade arrête par des applications d'eau froide dure environ dix minutes. La menstruation vaginale ne s'est montrée qu'une fois ; en 1879, après avoir consulté un médecin qui ordonna des bains de pied sinapisés et une potion, survint un léger écoulement. Du reste, à la même époque, l'écoule-

ment de sang par l'oreille se montre, et avec sa régularité habituelle.

Le tympan droit était largement perforé. La malade resta plusieurs mois à l'hôpital pendant lesquels l'hémorragie auriculaire s'effectua régulièrement toutes les trois semaines. Les seins étaient peu developpés, et il était impossible de sentir par le toucher le col de l'utérus : il existait en même temps d'abondantes flueurs blanches.

Remarques. — Il est de toute évidence que nous nous trouvons en présence d'un cas de menstruation compensatrice. Les douleurs lombaires, les maux de tête, l'épistaxis de trois jours sont des signes évidents d'une menstruation qui va s'établir. L'absence d'écoulement vaginal, si ce n'est à la suite d'une provocation directe, et la répétition si régulière du flux sanguin par l'oreille, en sont des preuves incontestables. Hinton dit, en parlant de cette hémorragie, « que c'est un symptôme de suppression de règles. » Néanmoins, jusqu'à présent, les membranes paraissent avoir été le siège de prédilection de ces écoulements supplémentaires. Cependant, la peau peut en être également le siège. Le Dr Mason (*Edin. Med. jour. sept.* 1866), nous apprend qu'une jeune lady âgée de 15 ans était sujette à des écoulements sanguins fort extraordinaires venus de la peau, en diverses parties du corps. Les changements qui s'effectuaient à sa surface étaient d'observation facile : subitement, alors que la surface cutanée paraissait complètement saine, le changement de consistance et de couleur survenait et l'écoulement sanguin s'effectuait. Bien qu'à cette époque la menstruation régulière fût interrompue, ce flux compensateur ne survenait pas tous les mois, mais bien tous les jours ; il est bon de dire que lorsque les règles reparurent, elles devinrent hebdomadaires. Le Dr Puech rapporte un autre cas fort remarquable. La malade, âgée de 17 ans, n'avait pas encore été réglée, bien qu'elle souffrît chaque mois de douleurs utérines. Celles-ci furent remplacées par des douleurs de tête et la physionomie changea complètement : les veines faciale, temporale superficielle et leurs tributaires devenant variqueuses. Ces varices s'accrurent graduellement et l'une d'elles se rompant laissa écouler une grande quantité de sang. Ce flux sanguin revint d'une façon fort régulière, mais au lieu d'affaiblir la malade, il lui apportait du soulagement. De temps en temps, survenait une tuméfaction de la conjonctive gauche par laquelle s'écoula une fois une

grande quantité de sang. Ces hémorragies faciales cessèrent enfin et furent remplacées par de fréquentes épistaxis. Miss Elisabeth Jacobi, M. D., a fait voir récemment quelles étaient les conditions de production de ces hémorragies compensatrices. Au moyen du sphygmographe, elle a démontré que, pendant la période menstruelle, il y avait une augmentation générale de la tension artérielle. Si à cette augmentation de tension nous ajoutons une turgescence localisée en un point du corps, nous aurons tous les facteurs suffisants pour la production de l'hémorragie. Il peut également se faire un écoulement sanguin par l'oreille dans les cas « d'otite moyenne hémorragique », bien étudiée par Roosa. Mais la nature en est différente et la périodicité n'existe plus. De même certains cas de catarrhe auriculaire aigu se terminent par une hémorragie abondante, de même celle-ci peut se montrer dans la maladie de Bright qui produit des hémorragies rétiniennes de même nature.

(*Progrès médical.*)

DE L'EMPLOI DU VALÉRIANATE DE CERIUM DANS LE TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES ET EN PARTICULIER DANS LE TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

Nous nous proposons, dans cet article, d'appeler l'attention de nos confrères sur un médicament qui est peu employé jusqu'ici et qui nous paraît devoir donner d'excellents résultats dans le traitement des vomissements incoercibles et en particulier dans le traitement des vomissements de la grossesse.

Nous nous serions fait un scrupule, disons-le de suite, d'introduire un médicament nouveau dans la thérapeutique des vomissements de la grossesse ; car nous pensons que la liste des moyens proposés est assez longue pour que toute tentative nouvelle pour en proposer un nouveau doive être, *a priori*, considérée comme inopportune.

Le cerium est un vieux médicament qui nous paraît avoir été employé pour la première fois dans le but précédent par Simpson, l'illustre.

Ce célèbre accoucheur raconte (*Obstetrics Works*, t. I), qu'il a obtenu des résultats merveilleux avec l'oxalate de cerium dans le traitement des vomissements incoercibles. Il croyait devoir attri-

buer à ce médicament, qu'il donnait à la dose de 0,20 à 0,25 centigrammes, une action à la fois tonique et sédative. Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir de l'interprétation donnée par Simpson, de l'action de ce médicament, les observations de cet auteur méritaient grande attention.

Cependant, on ne fit pas d'essais bien suivis en France. Guéniot, dans sa thèse d'agrégation (*des vomissements incoercibles pendant la grossesse*, 1863), nous dit que le cerium fut essayé par Danyau et Dubois dans un cas, et ne donna pas de meilleurs résultats que tous les autres moyens thérapeutiques qui avaient été essayés auparavant, et l'auteur semble, devant cet échec, ne devoir attacher que fort peu d'importance au moyen thérapeutique préconisé par Simpson. L'observation de MM. Danyau et Dubois est, du reste, publiée dans la thèse de M. Guéniot, à qui elle avait été communiquée par madame Callé; la lecture de cette observation montrera qu'il faut lui attacher très peu d'importance.

La plupart des traités d'accouchements et de thérapeutique sont presque tous muets quand il s'agit de ce médicament. Trousseau et Pidoux consacrent, en tout, cinq lignes à son étude et se bornent à rappeler les résultats favorables obtenus par Simpson.

M. Dujardin-Beaumetz, dans ses leçons de clinique thérapeutique, ne fait pas la plus petite allusion au cerium dans la thérapeutique du vomissement de la grossesse.

Si des traités de thérapeutique nous passons aux dictionnaires, nous dirons que le lecteur cherchera en vain le mot cerium dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques;* il verra, dans le *Dictionnaire de Littré et Robin* que le cerium est un métal découvert, en 1807, par Hysinger et Berzelius dans la cérite, et que ce corps n'a été, jusqu'à présent, que fort peu étudié ; enfin, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, il verra que la page consacrée par M. Lutz à l'étude du cerium n'est que la paraphrase de deux lignes qu'il aura trouvées dans le *Dictionnaire de Littré et Robin* ; inutile d'ajouter que les auteurs de ces articles se sont bien gardés de se compromettre en risquant la moindre allusion sur la valeur thérapeutique de ce médicament. Pour eux, les œuvres de Simpson sont lettre close.

Voyons maintenant ce que disent les traités d'accouchements. Spiegelberg *Lehrbuch für Geburtshülfe*, p. 250), ne consacre que quelques lignes empreintes d'un triste scepticisme à l'étude du trai-

tement des vomissements incoercibles. Il ne parle pas du cerium. Schrœder fait de même. Nos traités français ne parlent pas de ce médicament.

Cependant il y a quatre ans, en 1878, un médecin suisse, Conrad, a fait à la Société médico-pharmaceutique du district de Mitelland bernais (25 juin 1878), une communication des plus intéressantes dont on trouvera la relation dans la *Correspondanz Blatt für Schweizer Aertze*, n° 23, p. 716, 1er décembre 1878. Cet auteur a, dans quinze cas, employé l'oxalate de cerium qu'il administrait à la dose de 0,20 à 0,30 centigrammes par jour. Cette dose était divisée en quatre prises auxquelles il ajoutait du sucre de lait.

Sous l'influence de ce médicament, les vomissements et les nausées disparurent avec une rapidité parfois très grande; dans la plupart des cas, il suffit de quelques doses pour faire cesser complètement les vomissements ; dans quelques cas, après avoir disparu sous l'influence du médicament, les vomissements disparaissaient dès qu'on cessait l'usage du cerium. Généralement il suffirait de prescrire à nouveau quelques doses du médicament pour que les vomissements ne se produisissent plus.

Enfin, dit cet auteur, le cerium n'a aucun goût désagréable, il est facilement toléré par les malades.

Carl Braun connaissait les recherches de Conrad. Mais il se borne à les signaler sans y ajouter aucun fait nouveau.

Carl Braun (*Lehrbuch der Gesammten Gynäkologie*, Vienne 1881, p. 842).

Le rapide historique que nous venons de faire montre bien, même si nous avions omis quelque mémoire d'importance secondaire, que pour avoir été signalé depuis plus de soixante ans, l'emploi de l'oxalate de cerium en thérapeutique est encore peu répandu et est loin d'être entré dans la pratique journalière. Cependant c'est là un médicament précieux qui mérite de ne pas rester dans l'oubli, non pas que l'on doive espérer le voir toujours réussir, mais, dans bien des cas, il rendra de grands services.

Nous avons employé non pas l'oxalate de cerium mais le valérianate de cerium que l'on obtient à un état plus parfait de pureté.

Les doses sont de 30 à 40 centigrammes par jour ; nous avons administré le médicament sous la forme pilulaire.

Nous l'avons employé dans deux cas :

Dans le premier cas il s'agissait d'une jeune femme qui est cais-

sière dans un des grands restaurants de Paris ; elle est hystérique : il y a huit ans, elle a eu des attaques bien caractérisées ; aujourd'hui elle a encore de l'hémianesthésie du côté gauche. Depuis un an, elle souffre de vomissements incessants, elle ne peut supporter aucun aliment ; à peine à table, elle est prise de nausées, puis de vomissements. A tout moment, dans la journée, elle a des nausées, elle vomit cinq ou six fois par jour : je lui conseillai de prendre quatre pilules de 0,05 centigrammes de valérianate de cérium, soit 0,20 centigrames de cérium par jour. En deux jours les vomissements cessèrent complètement. La malade ne prit plus de médicament, mais au bout de vingt-quatre heures les vomissements recommencèrent de nouveau ; je dus conseiller de reprendre à nouveau le médicament et j'en fis continuer l'usage pendant quelques jours après la cessation complète des vomissements qui avait été obtenue après quatre pilules.

Chez cette malade, le médicament fut bien toléré ; cependant la malade se plaignit de vertiges, de céphalalgie frontale assez vive, de coliques et de diarrhées, mais ces accidents disparurent rapidement et ne nous donnèrent aucune inquiétude.

Dans un second cas, il s'agit d'une dame enceinte pour la troisième fois : pendant ses deux premières grossesses elle fut atteinte de vomissements qui se continuèrent pendant les quatre premiers mois de chaque grossesse et furent rebelles à tous les traitements employés. Cette dame devient enceinte au mois de mars dernier. Pendant le mois d'avril, elle souffre de vomissements très pénibles ; elle a consulté plusieurs médecins qui ont épuisé, sans pouvoir la soulager, toute la thérapeutique usuelle.

Après avoir pris pendant quelques jours 20 centigrammes de valérianate de cérium, la malade a vu disparaître complètement les vomissements.

Enfin je sais un cas de vomissements incoercibles contre lesquels tous les moyens médicaux avaient échoué, et qui semblaient, vu l'état grave dans lequel se trouvait la malade, devoir nécessiter une intervention chirurgicale, je conseillai à mon confrère d'employer le valérianate de cérium ; en quelques jours les vomissements cessèrent tout à fait, la malade se remit assez rapidement et la grossesse pour. suivit sa marche sans aucun accident. Dans ce fait où les accidents étaient fort graves, où aucun aliment ne pouvait être supporté, la

malade put manger sans éprouver de nausées dès la troisième pilule de 5 centigrammes.

Avons-nous été servis, dans les faits que nous venons de rapporter, par un hasard heureux? Ou bien le valérianate de cérium est-il un agent de traitement qui mérite d'entrer dans la thérapeutique courante? Nous inclinons vers cette dernière interprétation, en nous appuyant autant sur les faits rapportés par Simpson et par Conrad que sur ceux que nous avons observés.

Il serait à désirer que de nouvelles observations vinssent déterminer exactement la valeur de ce médicament. En écrivant l'exposé qui précède, nous n'avons pas eu d'autre intention que de signaler ce désidératum.

CARL BREUS. — SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

(*Arch. f. G.*, t. XIX 1882.)

Breus rapporte les bons résultats qu'il a obtenus dans plusieurs cas d'éclampsie puerpérale avec les bains d'eau très chaude. La malade est d'abord placée dans un bain, la température de l'eau étant de 28-40 degrés centigrades. Par l'adjonction d'eau chaude, la température du bain est portée à 42-45 degrés. Dès qu'une transpiration abondante se manifeste, on place la malade dans son lit et on l'entoure de plusieurs couvertures chaudes, en ayant bien soin de ne pas gêner la respiration. L'auteur a aussi prescrit des bains très chauds à des malades qui étaient dans le coma.

Un fait des plus intéressants a été constaté par l'auteur ; dans deux cas qu'il a observés, la malade était enceinte, mais non en travail, les bains chauds ne provoquèrent en aucune façon la contraction utérine.

Dans plusieurs cas d'hydropisie gravidique, les bains chauds furent employés toujours avec grand succès ; dans aucun cas le travail ne fut provoqué. En outre, dans aucun cas on n'observa de symptômes fâcheux pouvant être raisonnablement attribués à l'usage des bains chauds.

L'auteur, sans vouloir faire des bains chauds le spécifique de l'éclampsie, pense que les médecins trouveront dans leur emploi un adjuvant utile aux traitements usuels.

Sur le corps jaune

Transactions of the obst. Soc, of London, 3 mai 1882.

M. Papow rapporte deux cas très curieux. Dans le premier il s'agit d'une prostituée âgée de 21 ans qui s'était empoisonnée avec de l'acide prussique. L'ovaire présentait un véritable corps jaune bien que la femme n'ait jamais été enceinte et n'eût pas encore été réglée.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 41 ans qui était atteinte d'un fibrome utérin. A la suite de la gangrène de cette tumeur, elle succombe. L'ovaire contenait un véritable corps jaune en tout semblable aux corps jaunes de la grossesse.

M. Matthews Duncan qui était président fait remarquer qu'il a vu un corps jaune chez une femme âgée qui n'était pas réglée, et a vu des cas de grossesses sans qu'il y ait de corps jaunes dans les ovaires.

(*Revue médicale française et étrangère. — Revue de Gynécologie.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

POTION STIMULANTE ET DIAPHORÉTIQUE UTILE DANS LES CAS DE DYSMÉNORRHÉE ACCIDENTELLE

Eau de mélisse.....	100	grammes
Teinture de canelle.....	6	—
Acétate d'ammoniaque.....	4	—
Sirop de quinquina.....	30	—

M. S. A.

Une cueillerée à bouche toutes les heures.

F. L.

PRÉPARATIONS CONTRE LA MÉTRITE,

Par Bernier de Bournonville.

Acide phénique pur.....	4	grammes
Glycérine.....	100	—
Tannin.....	8	—
Essence de menthe.....	5	gouttes
Eau distillée.....	200	grammes

Mêlez.

A l'intérieur, vin de Malaga à la coca, et pilules selon la formule suivante :

Lactate de fer..... }	ãã 5 grammes.
Rhubarbe..... }	
Véhicule.....	Q. S.

Pour 100 pilules. 2 par jour.

(*Journal de Médecine de Paris.*)

ACTION DES INJECTIONS VAGINALES D'EAU CHAUDE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DES FEMMES

M. R. Bertram a étudié dans le service du professeur A. Martin, de Berlin, les effets des injections d'eau chaude dans le traitement de diverses maladies de l'appareil génital de la femme. Le nombre des observations cliniques de l'auteur s'élève à 132. Le traitement, qui est des plus simples, consiste à injecter, deux fois par jour, dans le vagin de la malade, deux litres d'eau portée à la température de 48° à 50°. La durée du traitement varia, suivant les cas, de deux semaines à six mois. D'une façon générale, les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. 103 des 132 femmes soumises à ce traitement ont été entièrement guéries de leur affection génitale ; 5 en ont retiré une légère amélioration, 14 n'en ont ressenti aucune influence salutaire ; chez 8, les accidents antérieurs au traitement se sont aggravés. Il importe de savoir que certaines de ces malades étaient sous le coup de complications graves, telles que la phtisie

pulmonaire, qui laissaient peu de chances favorables à l'emploi de la médication.

Les cas pathologiques dans lesquels le traitement par les injections d'eau chaude se trouve tout particulièrement indiqué, seraient, d'après l'auteur, les suivants :

1° Pour amender des phénomènes d'irritation liés à une pelvipéritonite et rendre au besoin possible une opération commandée par d'autres circonstances ;

2° Pour provoquer la résorption d'exsudats récents ou anciens, ayant pour siège l'excavation pelvienne ;

3° Pour débarrasser l'utérus des adhérences qui le fixent dans une position anormale ;

4° Dans les cas de métrorrhagies et de subinvolution de l'utérus, pour solliciter des contractions énergiques de cet organe, de façon à comprimer ses vaisseaux et à le ramener à son volume ordinaire ;

5° Pour calmer les accidents nerveux qui surviennent à la période climatérique.

(*Paris-Médical.*)

POTION CONTRE L'ODONTALGIE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES,

Par LINDNER

Rec.	Croton-chloral.....	0 gr. 6
	Eau de menthe.....	15 gr.
	Alcoolat de menthe.....	

M. s. a. — A prendre en une seule fois dans un verre de vin.

L'emploi du croton-chloral offre cet avantage que l'action analgésiante du médicament persiste pendant plusieurs jours.

Il n'est indiqué, bien entendu, que lorsque l'odontalgie affecte un caractère névralgique et n'est pas entretenue par une carie dentaire.

(*Gazette médicale de Paris.*)

FORMULAIRE

DU BESOIN FRÉQUENT D'URINER DANS SES RAPPORTS AVEC LES AFFECTIONS UTÉRINES.

(J. Chéron.)

Les affections de l'appareil utéro-ovarien s'accompagnent fréquemment d'entérite et de cystite. Le genre d'entérite le plus souvent en rapport avec ces affections est l'entérite glaireuse, le genre de cystite est la cystite du col.

La cystite du col produit un léger catarrhe, des besoins fréquents d'uriner avec ou sans ardeur ou douleur vive après la miction.

Pour combattre le besoin d'uriner plus particulièrement produit par la cystite du col.

1° Faire prendre chaque jour 5 à 6 des pilules suivantes :

Poivre cubèbe.....	ãã 0,20 centigr.
Térébenthine cuite.....	
Extrait de gaïac.....	

Pour une pilule.

Lorsque le besoin fréquent d'uriner est atténué.

2° Employer les pilules suivantes, 4 à 6 par jour :

Borate de soude.....	ãã 0,10 centigr.
Baume de tolu.....	

Pour une pilule.

3° Boire dans la journée, 3 ou 4 tasses d'arenaria rubra ou d'uva ursi à raison de 12 grammes par litre.

4° Pratiquer le déplissement du canal avec une bougie 18 ou 20 filière-charrière : 3 ou 4 fois.

La cystite du col n'est pas la seule cause du besoin fréquent d'uriner dans les affections utérines. Il en existe un grand nombre d'autres, mais la cystite du col est la plus fréquente et la plus pénible.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Imprimerie de Poissy — S. Lejay et Cie.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

MÉMOIRES ORIGINAUX

SUR LES CHANGEMENTS DE POSITION DE L'UTÉRUS

Par le professeur SIGISMOND SCHULTZE

Professeur à Iéna.

Honorables collègues,

Les changements de position de l'utérus tiennent une place si importante, non seulement dans la gynécologie pratique, mais, en général, dans la médecine, que je n'ai pas besoin de vous expliquer pourquoi j'ai choisi ce thème comme argument de mon entretien d'aujourd'hui. De ce que l'importance clinique des changements de position de l'utérus est appréciée par quelques-uns, presque niée par d'autres, il s'ensuit, d'une part, un raffinement thérapeutique excessif qui, s'il s'accompagne d'un diagnostic insuffisant, devient plus inutile qu'utile, d'autre part, une négligence d'importantes indications.

Ces différences considérables dans l'appréciation de ces changements de position de l'utérus, de la part d'autorités renommées de notre science, font qu'une grande partie des médecins praticiens qui ne peuvent être spécialistes, se trouvent dans une telle incertitude qu'ils se persuadent qu'un traitement palliatif est le

meilleur; le diagnostic devient alors superflu. Personne de nous ne met pourtant en doute l'exactitude de l'ancien proverbe : *Qui bene distinguit bene curat.* Cherchons donc à porter la lumière dans l'obscure incertitude signalée plus haut et, en face des divergences d'opinion dont nous avons parlé, efforçons-nous de déterminer, grâce à des distinctions claires, des indications exactes pour la thérapeutique. En raison de l'importance du sujet et du peu de temps qui m'est accordé, je vous prie de m'excuser si je ne puis traiter un grand nombre de points importants que par *summa capita.*

Avant de parler de la position anormale de l'utérus, je dois définir sa position normale et, comme l'utérus à l'état normal change souvent de position, nous devons d'abord nous occuper des changements normaux de position de l'utérus. Les opinions exactes sur cette question n'étant pas celles qui dominent généralement, je devrai examiner cette partie du sujet avec le plus grand soin. Mais ne craignez pas que je m'éloigne trop pour cela de mon sujet pratique. Les conditions qui déterminent la position normale et les mouvements normaux de l'utérus, ne sont pas seulement d'un intérêt physiologique, elles nous donnent des explications importantes sur les causes de ses positions anormales, et nous indiquent les points qui doivent nous conduire à une thérapeutique rationnelle.

L'utérus est soutenu dans le bassin, premièrement au moyen du vagin, dont la musculature et le tissu conjonctif passent immédiatement dans le tissu même de l'utérus, il est fixé ensuite, par le moyen de ce même vagin, dans le bassin, grâce aux aponévroses et à la musculature du fond du bassin. En outre, l'utérus est soutenu dans le bassin par le péritoine et ses replis, les *ligaments larges, ronds et de Douglas.* Le péritoine revêt l'utérus et de lui-même se replie sur les organes voisins et sur les parois pelviennes. Ces duplicatures renferment des faisceaux musculaires, qui donnent au soutien mentionné ou si l'on veut à la fixation, une caractéristique toute propre ; les muscles des ligaments ronds en font autant et particulièrement ceux des replis de Douglas dits *retractores uteri.* L'utérus situé dans le bassin, presque sur la ligne médiane,

le plus souvent, ayant le côté gauche un peu plus loin que le côté droit, l'axe du vagin forme avec l'axe de l'utérus presqu'un angle droit, pourtant ce « presque » je vous prie de l'interpréter dans le sens le plus large, parce que l'utérus se meut certainement par rapport à cette position normalement tous les jours et à chaque heure, portant son fond tantôt plus en avant, tantôt plus en arrière. En même temps, ce même fond tantôt s'élève au-dessus du niveau de l'entrée du bassin, tantôt s'abaisse au-dessous.

Les causes déterminantes des mouvements de l'utérus sont les états variables de plénitude du rectum et de la vessie et la pression intra-abdominale croissante ou décroissante à chaque inspiration ou expiration, même à l'état de repos.

Dans l'état de vacuité, les organes du bassin se tiennent dans la position suivante : le rectum vide occupe un espace restreint dans la paroi postérieure du bassin ; à sa paroi antérieure et au périnée est adhérente la paroi postérieure du vagin ; la paroi antérieure du vagin vide s'adosse à la postérieure ; à la paroi antérieure du vagin s'attache la paroi postéro-inférieure de la vessie, et dans le point où le contact de la paroi postérieure de la vessie arrive à son terme, commence, de même, une solide adhérence de cette même vessie à la paroi antérieure de l'utérus, qui s'étend jusqu'au point où le péritoine se réfléchit de l'utérus sur la vessie, jusqu'à la hauteur de l'orifice interne de l'utérus ou quelquefois au-dessus. La partie postérieure de la vessie, dans l'état de vacuité, se replie à angle aigu, précisément à l'endroit où elle quitte le vagin pour s'adosser à l'utérus, de sorte que, supposant la femme debout, la paroi inférieure de la vessie est appuyée au vagin, la supérieure à l'utérus ; de sorte que l'utérus se tient presque horizontalement dans l'antéversion la plus complète. Si au moyen de la palpation bimanuelle, vous examinez une femme avec l'utérus normalement mobile, avec la vessie vide, dans la position étendue sur le dos, alors vous trouverez justement l'utérus dans cette position. Si, comme vous le savez déjà, sur les cadavres congelés, placés dans la position horizontale, le plus souvent, la paroi postérieure de l'utérus se trouve appuyée à la paroi postérieure du bassin, cela prouve seulement que, sur le cadavre, la position de la matrice

est déterminée principalement par la pesanteur, tandis que, chez la femme vivante, c'est un obstacle des causes que nous développerons par la suite.

Je dois encore vous faire observer que l'antéversion normale se joint presque toujours à un léger degré d'antéflexion ; plus le vagin est tendu et plus la portion vaginale de l'utérus est tendue, moins elle peut participer aux mouvements du corps de l'utérus même ; et plus, la vessie étant vide, l'antéflexion prédomine. C'est ce qui fait que, chez les vierges, la position normale de l'utérus lorsque la vessie est vide, est très fréquemment l'*antéflexion*.

Si la vessie se remplit, elle soutient le corps de l'utérus en haut et en arrière, vers le centre du bassin ; s'il se trouve dans le rectum une colonne de matières, elle pousse en avant la portion vaginale de l'utérus de façon que, si en même temps la vessie est vide, l'utérus revient en antéflexion ; si, enfin, les deux organes voisins sont très pleins, ils fixent l'utérus presque dans la direction de l'axe du bassin et en même temps le soulèvent, de façon que, sans être augmenté de volume, il dépasse de beaucoup le niveau de l'entrée du bassin. Contrairement à l'élévation normale de l'utérus, citée plus haut, il y a encore une descente normale de ce même organe, qui a lieu régulièrement, d'une façon transitoire, dans la position assise ou par suite d'une augmentation quelconque de la pression abdominale.

En examinant l'utérus dans la position horizontale de la femme, avec le spéculum à tuyau ou cylindrique, nous observons dans cet organe un autre mouvement très important, c'est-à-dire que nous y voyons la partie vaginale se porter à chaque inspiration en arrière et en haut ; à chaque expiration de nouveau en avant et en bas, c'est un mouvement de levier que subit l'utérus sous l'influence des mouvements de la pression abdominale. L'augmentation qu'elle subit dans l'inspiration pousse chaque fois le corps de l'utérus en avant et en bas et la portion vaginale par conséquent se porte en arrière et en haut. La pression cessant quand survient l'expiration, le corps de l'utérus se soulève de nouveau et la portion vaginale se porte en avant et en bas.

Le point fixe autour duquel se fait le mouvement est le lieu

d'insertion de l'utérus dans le vagin et surtout son soutien, grâce aux *retractores uteri*. D'après la force du mouvement du bras de levier libre et plus court que la portion vaginale, nous pouvons reconnaître l'importante influence que la pression intra-abdominale exerce sur la position du corps de l'utérus. De la direction de ce mouvement il est facile de déduire que c'est sur la face postérieure (supérieure) de l'utérus qu'agit, dans l'état normal, la pression intra-abdominale.

La pression intra-abdominale, dans l'état normal, portant de préférence sur la paroi postérieure de l'utérus, tandis que le col est fixé en arrière au moyen des *retractores uteri*, il s'ensuit que chaque fois que l'intestin, le rectum et la vessie se vident, l'utérus reprend sa position normale d'antéversion.

Messieurs, jusqu'à présent, je vous ai démontré l'antéversion et l'antéflexion de l'utérus comme états normaux et je soutiens qu'il est très avantageux pour les femmes, en opposition avec l'enthousiaste thérapeutique intra-utérine, que cette position du corps de l'utérus ne soit plus considérée en elle-même comme une déviation de l'état normal parce que la tentative d'empêcher, grâce à des appareils mécaniques, que l'utérus prenne sa position normale, peut, sans même tenir compte de la dangereuse irritation de la muqueuse génitale, qui en est la conséquence, ne pas être indifférente aux fonctions de l'utérus et des organes voisins. Pourtant toutes les antéversions et antéflexions ne sont pas normales. Du degré de l'inclinaison de la version, de la petitesse de l'angle dans la flexion, on ne peut établir un critérium certain pour reconnaître s'il y a déviation de l'état normal.

Tant que l'utérus n'est pas gêné dans sa mobilité normale, nous pouvons considérer comme normales l'antéversion et l'antéflexion. Mais si, au contraire, l'utérus est fixé dans une position d'antéversion et d'antéflexion, si les mouvements en sont limités en dehors de cette position, il faut convenir qu'il y a anomalie. Si la fixation consiste dans l'antéversion, elle pourra, le plus souvent, se reconnaître au premier examen, grâce à une palpation soigneuse. Mais cela ne suffira pas toujours, cependant, pour déterminer la rigidité ou la mobilité de l'angle de flexion. La première ne devrait jamais être con-

sidérée comme constatée sinon après examen avec la vessie pleine, parce que les symptômes adoptés comme décisifs sont, disons-le, trop illusoires. Je pourrais vous énumérer une série entière d'observations dans lesquelles des jeunes filles m'ont consulté pour des coliques menstruelles, les plus violentes coliques considérées précisément comme caractéristiques de l'antéflexion. J'ai trouvé une antéflexion parfaite, mais je n'ai jamais soigné mécaniquement l'antéversion et l'antéflexion par des motifs que nous connaîtrons plus tard. Chez les malades susdites, je soignais avec succès les états inflammatoires concomitants de l'utérus, des paramétrites, des ovarites; les coliques menstruelles disparaissaient et je constatais que les flexions persistaient exactement comme avant. J'ai encore eu l'occasion d'apprendre que des femmes atteintes d'antéflexion complète mais mobile, après le mariage, avaient conçu sans difficulté et avaient eu des grossesses et des couches normales. Il est hors de doute que les coliques menstruelles ont parfois leur source dans la déviation de l'orifice de l'utérus. Je ne veux pas nier que la flexion de l'utérus puisse déterminer de telles déviations. Mais mon avis est que, beaucoup plus souvent, les simples processus inflammatoires dans le tissu de l'utérus et des ovaires éveilllent ces symptômes, mais jamais les flexions mobiles, selon ma manière de voir.

Après cette petite digression, je reviens à mon but, qui est de vous présenter un tableau des changements pathologiques de position de l'utérus. Je comprends, parmi les changements de position, les flexions de l'utérus; ce sont des changements partiels de position qui, ni thérapeutiquement ni pathologiquement, ne doivent être séparés des déplacements totaux de l'utérus. Les changements de position congénitaux et ceux de la grossesse sont exclus de l'entretien d'aujourd'hui.

Je voudrais presque passer sous silence, à cause de leur peu d'importance clinique, ces changements de position de l'utérus qui sont déterminés par des tumeurs. Je me limiterai à une brève indication. Des néoplasmes tirant leur origine du bassin, de l'utérus lui-même, des organes voisins, plus fréquemment des ovaires, déplacent l'utérus de plusieurs façons, l'appliquent à la paroi anté-

rieure, ou postérieure, ou à une des parois latérales du bassin, lui font prendre une position oblique et quelquefois complètement transversale. Si quelqu'une de ces tumeurs remplit peu à peu le petit bassin, elle produit l'abaissement de l'utérus et enfin le prolapsus complet de celui-ci. Si, au contraire, cette tumeur se développe dans la partie ultérieure, elle s'élèvera au-dessus du bassin, et tirera avec elle l'utérus et alors le vagin pourra se distendre de telle façon que la position vaginale soit inaccessible au doigt de l'explorateur. J'ai dit que ces changements sont de peu d'importance clinique parce que les symptômes qui en dérivent sont de bien loin surpassés en importance par ceux qui proviennent des tumeurs elles-mêmes et aussi parce que le seul moyen de rendre à l'utérus sa position normale est l'extirpation de la tumeur, laquelle, si elle est indiquée, ne le sera pas ordinairement par un changement de position de l'utérus, mais à cause des autres maux provenant de la tumeur elle-même.

Les changements pathologiques de position de l'utérus qui nous restent à étudier ont leur *cause en partie dans une fixation anormale de l'utérus, en partie dans le relâchement des moyens normaux de suspension*. Cette distinction nous donne, non seulement sous le rapport étiologique, mais encore pour les indications thérapeutiques, un point de départ pour la classification des déplacements de l'utérus en deux groupes essentiellement distincts.

Je m'occuperai premièrement des déplacements provenant d'une fixation anormale. La fixation anormale de l'utérus, jusque là situé normalement, dépend le plus souvent des processus inflammatoires développés dans le tissu connectif sous-péritonéal, qui font que les moyens de fixation de l'utérus à la paroi postérieure ou antérieure ou à une des parois latérales du bassin deviennent plus courts et plus tendus. Plus rarement le déplacement est produit par adhérence péritonéale, parmi celles-ci, la plus fréquente est celle qui est produite par l'adhérence des parois de l'espace de Douglas, dont l'effet pour la position de l'utérus est tout à fait semblable à celui du raccourcissement des replis de Douglas. Si nous faisons abstraction du cas très rare d'adhérence péritonéale du corps de l'utérus qui, s'effectuant durant les couches, dans la

situation élevée du fond de l'utérus, peut avoir pour conséquence une élévation de l'utérus lui-même, nous aurons comme premiers effets de la fixation anormale de l'utérus la *rétroposition*, *l'antéposition et la latéroposition sans la latéro-version* de l'utérus. La plus fréquente et la plus importante des fixations ci-dessus est la *rétroposition*. J'ai vu se manifester l'adhérence de l'espace de Douglas après des péritonites puerpérales et non puerpérales, générales et partielles, aiguës et chroniques et après l'évacuation et l'absorption de l'hématocèle. Cette adhésion fixait plus ou moins complètement le col de l'utérus à la paroi postérieure du bassin. Les symptômes qui persistent après la complète disparition du processus inflammatoire sont : une déjection difficile, souvent douloureuse, un sentiment de lourdeur dans le bassin et de fréquents désordres dans les fonctions de la vessie. Cet état se prolongeant amène souvent le catarrhe de l'utérus et très souvent de la vessie et plus tard une antéflexion. La traction de la paroi postérieure de la vessie quand elle se vide, la pression abdominale, très grande quand elle est augmentée, souvent volontairement, dans la constipation et encore l'accumulation de matières fécales au-dessus du point d'adhérence, projettent le corps de l'utérus en avant et comme le corps de l'utérus déjà fixé ne peut suivre le mouvement, la flexion s'en suit.

La rétroposition de l'utérus se produit encore par suite du raccourcissement paramétrique des replis de Douglas et plus fréquemment, ce qui ne peut se vérifier, par la péritonite. Les processus paramétriques dans le tissu connectif de ce repli sont très fréquents, tant dans l'accouchement qu'en dehors de celui-ci. Si le raccourcissement des replis de Douglas relève l'utérus, et si la fixation de cet organe en rétroposition est complète, il se développe en même temps une antéflexion de haut degré ; si la fixation est moins tendue, la flexion sera plus légère, ou l'utérus aura seulement une tendance à l'antéversion plus accentuée que dans l'état normal. L'antéversion normale est l'effet de la pression intra-abdominale et de la fixation normale postérieure de l'utérus. Mais toute augmentation importante de la pression abdominale dans l'état normal pousse l'utérus entier en bas.

Maintenant, si la fixation de l'utérus dans les replis de Douglas est absolue ou, en général, accrue, chaque augmentation dans la pression abdominale poussera exclusivement en bas la section antérieure de l'utérus et le tiendra dans une antéversion anormale importante. Dans l'antéversion anormale, presque toujours, dans le cul-de-sac vaginal ou mieux, le plus souvent, dans le rectum, on peut sentir les replis de Douglas tendus, souvent épaissis et douloureux. Je ne sais si le raccourcissement des ligaments ronds est aussi quelquefois la cause de l'antéversion anormale : cela se pourrait pourtant.

Quand l'utérus est plus long ou plus large qu'à l'état normal, la pression abdominale, même s'il n'y a que la fixation normale, le pousse plus fortement en antéversion et quand il est plus lourd qu'à l'état normal, dans la position verticale de la femme, il est aussi tiré en avant plus fortement par son poids. Bref, il peut y avoir encore d'autres causes pour l'antéversion et l'antéflexion, mais la plus fréquente et la plus prédominante est celle que nous venons de déterminer.

Ceci posé, les indications pour le traitement de l'antéversion et de l'antéflexion se présentent avec une clarté suffisante. Nous devons proposer une méthode de traitement qui puisse produire la résorbtion des adhérences qui fixent en arrière le col de l'utérus. L'administration intérieure et l'application locale de l'iodure de potassium, les lavements chauds, les injections vaginales chaudes, les bains de siège chauds, les bains entiers, particulièrement les bains salins et les bains de boue sont les moyens que je préfère et grâce auxquels nous voyons disparaître même d'anciennes adhérences des replis de Douglas ; en outre, on doit limiter toutes les occasions qui accroissent la pression intra-abdominale. Les élévateurs vaginaux et intra-utérins, dans les cas favorables, détermineront une utile irritation locale, car en maintenant l'utérus dans une position plus droite, ils ne l'empêcheront pas pourtant de faire ces mouvements de compensation grâce auxquels, tant que la fixation postérieure existe, la position vicieuse vis-à-vis des organes voisins est en partie compensée. Quand les adhérences, qui tenaient l'utérus fixé sont détruites, j'ai toujours vu la position

anormale de l'utérus redevenir normale. Il est vrai que l'angle de flexion persiste souvent un peu plus longtemps après que l'utérus a recouvré sa mobilité ; mais, même dans ce cas, une distension mécanique à l'aide des redresseurs utérins n'est pas indiquée parce que, ou l'angle de flexion est rigide et l'introduction d'un *stylet* sera impossible ou trop irritante, ou l'angle de flexion n'est pas rigide et l'antéflexion ne causera aucun désordre.

L'antéposition de l'utérus se vérifie rarement, de même que chaque processus paramétrique dans l'espace antérieur du bassin. Je ne me rappelle d'antépositions complètes de l'utérus que dans ces cas, dans lesquels des cicatrices étendues de la paroi antérieure du bassin existaient en même temps que des fistules vésico-vaginales, ou uréthro-vaginales ; dans ces cas, tout le corps de l'utérus était en rétroflexion. Je crois que, entre l'antéflexion et la rétroflexion, il existe un rapport causal, comme il en existe également entre la rétroposition et l'antéposition, et je crois que les oscillations normales, anormalement renforcées par la pression intra-abdominale et que les mouvements du contenu du corps sont les causes qui, quand le col de l'utérus est fixé anormalement, occasionnent la rétroflexion du corps de l'utérus. Après la guérison des fistules vésicales, l'utérus redevenait plus mobile, mais tant que dura mon observation il resta rétrofléchi ; probablement parce que, l'antéposition existant, les muscles rétracteurs de l'utérus avaient été mis, grâce à l'immobilité prolongée de l'utérus, entièrement hors d'exercice.

Au contraire, les *latéro-positions gauches ou droites* sont plus fréquentes et souvent, de différentes manières, compliquées de *latéro-version*. Selon que le raccourcissement cicatriciel du ligament large est unilatéral ou bilatéral et selon son degré, on trouve la *position droite* compliquée de la *version droite ou gauche* et la *position gauche* compliquée de la *version gauche ou droite ;* dans l'accouchement, les paramétrites dans le ligament large ne sont pas rares, et souvent les déplacements de l'utérus qui en dérivent sont très importants. L'exsudation, tant qu'elle croît, pousse l'utérus de l'autre côté, et la cicatrice, après la résorbtion de l'exsudation, tire l'organe du côté même où elle se trouvait ; aussi, après des

paramétrites puerpérales, j'ai vu souvent les tractions cicatricielles de l'utérus vers le côté malade disparaître complètement dans un temps assez court; au contraire, j'ai observé d'anciennes latéro-positions et latéro-versions de l'utérus chez lesquelles on ne pouvait reconnaître une origine aiguë et qui se distinguaient par l'obstination avec laquelle elles résistaient à toutes les tentatives de guérison pratiquées pendant plusieurs années. Ces cas me sont d'autant plus présents à la mémoire qu'ils étaient compliqués d'importants symptômes d'anémie et d'hystérie, que je suis porté à attribuer moins au déplacement de l'utérus, qu'aux troubles de la circulation, qui devaient provenir de la distension et de la compression des vaisseaux parcourant les ligaments larges, ou à la distension des nerfs répandus dans ces mêmes ligaments. *Un redressement mécanique de ces déplacements de l'utérus est aussi peu à espérer que de tous les autres indiqués jusqu'ici, provenant d'une fixation anormale.*

Maintenant je passe à l'examen de ces déplacements de la matrice, dont l'origine est le relâchement des moyens normaux de soutien; ils sont au nombre de deux : la *rétro-version* et la *rétroflexion;* l'*abaissement* et le *prolapsus* de l'utérus.

La rétroflexion de l'utérus est déterminée, comme je vous l'ai dit plus haut, quelquefois par la fixation du col utérin à la paroi antérieure du bassin, précisément de même que la fixation postérieure détermine l'antéflexion. Cette cause de la rétroflexion est pourtant très rare, et les rétroflexions ainsi formées peuvent toujours et facilement se distinguer de celles produites autrement, grâce, justement, à la rareté de la fixation antérieure. Bien plus fréquemment nous trouvons l'utérus rétrofléchi avec son fond fixé en arrière. Ces fixations postérieures péritonéales du corps de l'utérus rétrofléchi furent considérées comme les causes des rétroflexions. La fréquence de cet état sur le cadavre a inspiré cette explication aux anatomo-pathologistes et aux gynécologues; mais je ne connais aucun cas et bien peu certainement, s'il y en a, ont été observés, d'un utérus, situé précédemment dans une position normale devenu rétrofléchi, par suite du rétrécissement d'une exsudation péritonéale; un utérus adhérent en arrière, en rétroversion

ou rétroflexion, devait se trouver dans cette situation déjà avant et depuis des années avant qu'une péritonite survenue le fixât dans cette position. D'autres ont admis, comme cause de la rétroflexion, les changements du tissu de l'utérus même, les agrandissements de la paroi antérieure et les contractions de la paroi postérieure.

Je ne veux pas disconvenir, que dans de rares cas, de semblables causes puissent contribuer à produire des rétroflexions, mais encore celles-là sont le plus souvent secondaires dans les anciennes rétroversions et rétroflexions. Etant donnée la fixation normale de l'utérus, les différences de nutrition de ses parois ne pourraient produire le résultat ordinaire d'une rétroversion et d'une rétroflexion et, dans le cas de relâchement de son moyen de soutien, pour éclairer la cause du déplacement indiqué, il n'y a pas besoin d'admettre ces différences de nutrition dans ses parois. Je vous disais dernièrement, que chaque fois que la vessie et le rectum se remplissent et se vident ce sont justement les *retractores utéri* qui font ensuite reprendre à l'utérus sa position normale, antéversion, avec plus ou moins d'antéflexion. Supposez que les *retractores utéri* ne fonctionnent pas; après que le rectum se sera vidé, la portion vaginale continuera à rester en avant. Chaque fois que la vessie se remplira de nouveau, elle poussera de plus en plus le fond de l'utérus en arrière. L'utérus, même quand les organes voisins sont vides, continue à rester dans l'axe du bassin, une forte plénitude de la vessie en repousse le fond encore plus en arrière puis, quand la vessie se vide, ses parois ne se placent plus comme dans l'antéversion normale de l'utérus, mais bien dans une position telle qu'alors il n'y a besoin que d'une légère augmentation de la pression intra-abdominale, comme il s'en produit tous les jours et à chaque heure, pour pousser l'utérus dans la rétroversion complète, et, quand ses parois n'ont pas de résistance, dans la rétroflexion. Chaque augmentation de la pression intra-abdominale place un utérus normalement situé en plus forte antéversion, pousse l'utérus déjà rétroversé plus solidement dans sa position anormale. Chaque remplissage de la vessie, chaque cylindre de matières fécales, qui exagère d'une façon transitoire l'antéversion, pour l'utérus normalement situé, repousse toujours plus en

arrière l'utérus déjà rétroversé. Le relâchement des replis de Douglas, spécialement des muscles *retractores utéri* qu'ils contiennent, est la raison très suffisante et la plus fréquente qui produit la rétroversion et rétroposition de l'utérus.

Parmi les causes plus lentes qui déterminent ce relâchement des replis de Douglas, je mets en première ligne les accumulations fécales habituelles dans le rectum et la forte action de la pression abdominale. Dans la régression incomplète de l'utérus, après l'accouchement, chaque remplissage excessif du rectum distend les replis de Douglas et, quand une telle distension dure journellement pendant des heures, la capacité fonctionnelle des fibres musculaires qu'ils renferment doit en souffrir.

Quand, après un accouchement à terme ou prématuré, les femmes se lèvent trop tôt, travaillent ou dansent, l'utérus plus volumineux, plus pesant, dont les soutiens sont tous relâchés, tire les replis de Douglas, les allonge et les paralyse, grâce à la distension des *rectractores utéri* qui les parcourent.

Des symptômes de la rétroversion à son début, le premier est un sentiment de pression et de poids dans le bassin, puis des troubles fonctionnels de l'estomac, tout à fait semblables à ceux du catarrhe; seulement, après un temps plus ou moins long, il se produit des troubles dans les fonctions abdominales, plus rarement dans l'émission de l'urine.

La torsion des ligaments larges produit des désordres dans la circulation de l'utérus, le catarrhe se développe, les hémorrhagies menstruelles deviennent plus abondantes, et les hypérémies menstruelles de tout l'appareil génital augmentées, mènent aux ovarites et à des péritonites limitées qui fixent l'utérus dans une position anormale; le catarrhe, les hémorrhagies, les troubles digestifs, produisent l'anémie dont les symptômes revêtent plus ou moins le caractère de l'hystérie. Après la suspension des congestions menstruelles, dans la vieillesse, les symptômes morbides locaux disparaissent le plus souvent; souvent l'état général lui-même se rétablit, mais souvent aussi il reste un état de maladie persistant.

Le diagnostic de la rétroversion et de la rétroflexion se fait au moyen de l'examen bimanuel ; nous trouvons la partie vaginale

plus en avant, et souvent plus en bas que dans l'état normal ; le cul-de-sac postérieur du vagin plus ou moins rempli par un corps rond que nous reconnaissons pour le corps de l'utérus, au moyen du palper abdominal combiné avec le toucher vaginal. Il est rare que nous ayons besoin de la sonde pour le diagnostic, c'est seulement quand, en raison de la fixation de l'utérus par la présence d'autres tumeurs dans le bassin, la palpation ne donne pas de résultat sûr.

Pour établir les indications, il est important avant tout de distinguer, si l'utérus est mobile, ou s'il est fixé dans sa position anormale ; si nous avons à traiter un cas de la dernière espèce, notre thérapeutique doit tendre avant tout à produire la résorption des exsudats qui fixent l'utérus. Cela demande souvent beaucoup de temps ; cependant on réussit dans beaucoup de cas à détacher même d'anciennes adhérences ; les moyens à appliquer ont été indiqués plus haut, à propos des rétropositions. Si l'utérus n'est pas encore adhérent ou est redevenu libre, il faut le réduire et le maintenir dans sa situation normale. Cette indication est très contestée. Pour moi, sa justification demeure arrêtée, pourvu, cela s'entend, que pour y parvenir nous n'appliquions pas de remèdes plus dangereux que le mal auquel nous voulons obvier. C'est tellement évident qu'il semble qu'il soit inutile de l'énoncer. Et pourtant toute la question se meut autour de celle-ci Les déplacements de l'utérus et spécialement les rétroversions doivent-ils ou non être traités mécaniquement ? Aucun médecin ne pense qu'une rétroversion puisse être un avantage pour une femme ; aucun gynécologue ne considère cette maladie comme indifférente, même ceux qui réprouvent le traitement mécanique, connaissent très bien les dommages qui résultent, pour la santé d'une femme, de la rétroversion ; mais ils ne peuvent admettre que les simples désordres de la rétroversion ne soient pas préférables à la gêne inutile des pessaires vaginaux, et qu'on ne doive préférer conserver le déplacement, en cherchant à en combattre les complications concomitantes, aux périls du procédé trop hardi et souvent inutile des redresseurs intra-utérins. Je vous avoue que lorsque je considérais les appareils que notre constructeur nous a montrés aujourd'hui pour la réduction de l'utérus, de

sérieux doutes me restaient sur ce qu'il y a de préférable à avoir un utérus rétroversé plutôt qu'un de ces instruments dans le corps, toute plaisanterie à part. La question de savoir si on doit réduire l'utérus rétroversé et le maintenir à sa place ne sera résolue que quand nous serons en état d'atteindre ce but avec sûreté et sans péril.

Vous savez que le plus souvent on enseigne et on pratique le redressement de l'utérus avec la sonde. Je ne me sers presque de la sonde que pour mesurer la longueur et la largeur de la cavité utérine, rarement pour en reconnaître la direction. Je ne me sers jamais de la sonde pour replacer l'utérus, je le replace avec les doigts des deux mains, touchant en sens opposé du côté du vagin et du côté du ventre. Deux doigts dans le cul-de-sac vaginal postérieur soulèvent le corps de l'utérus au-dessus des bords du bassin, puis poussent la portion vaginale un peu en arrière ; en même temps l'extrémité des doigts de l'autre main palpent, en partant de l'abdomen, le fond de l'utérus ; ils se placent en arrière de l'utérus, le poussent peu à peu, toujours plus en avant, jusqu'à ce que le corps de l'utérus se trouve placé entre les doigts palpant, d'un coté, au-dessus de la symphyse et de l'autre, dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Il est ainsi amené en antéversion. Cette manipulation demande naturellement quelqu'habitude, mais, quand on a les doigts longs, un toucher délicat et une certaine adresse manuelle, on y arrive bientôt. Le redressement de l'utérus avec les mains présente trois avantages que n'a pas le redressement avec la sonde. En premier lieu, le redressement avec la sonde lèse presque toujours la muqueuse utérine souvent déjà malade du fait de la rétroversion. En second lieu, et j'apprécie très fort cet avantage dans le redressement de l'utérus avec les mains, nous arrivons à connaître, de la façon la plus claire, les obstacles qui s'opposent parfois à sa réduction, tandis qu'ils restent absolument obscurs dans l'emploi de la sonde. En troisième lieu, en supposant que le redressement présente une grande facilité, vous pouvez, tout au plus, avec la sonde, placer l'utérus dans l'axe du bassin, jamais en antéversion, et cependant ce qui importe le plus c'est de soumettre à la pression abdominale

complète la face postérieure de l'utérus au lieu de l'antérieure.

La réduction de l'utérus pratiquée une seule fois a un résultat durable quand il s'agit seulement de faire cesser un enclavement. Dans tous les cas de rétroversion et de rétroflexion chroniques, le redressement n'a d'importance que quand on y joint le moyen de maintenir l'utérus dans sa position normale ; autrement, le plus souvent 24 heures après, le déplacement se reproduit. En cas de rétroversion très récente, grâce à l'application méthodique du froid sur le vagin et particulièrement par le rectum, nous pouvons redonner une puissance durable aux *retractores uteri* relachés, mais, le plus souvent, pour retenir l'utérus dans sa position, nous avons besoin d'un agent mécanique.

Vous connaissez les anneaux de caoutchouc de Mayer, les pessaires à leviers de Hodge et vous savez que, tous les deux, dans quelques cas de rétroversion, peuvent donner quelque soulagement. Mais, le plus souvent, ils ne rétabliront, même pas temporairement, la situation normale de l'utérus, ils empêcheront seulement que l'utérus puisse être poussé profondément dans l'excavation du sacrum et très souvent ils ne servent à rien. Vous connaissez toutes les espèces de pessaires intra-utérins et, peut-être, avez-vous eu l'occasion d'observer leurs résultats favorables et défavorables. La majeure partie de ceux-ci sont capables de changer une flexion en une version, mais la rétroversion persiste. Ils excitent à la contraction l'utérus relâché et inerte, et, de cette façon, agissent quelquefois très avantageusement sur sa circulation, mais plus souvent encore, ils irritent tellement la muqueuse intra-utérine qu'ils augmentent les hémorrhagies et le catarrhe, et les femmes, quand on les débarrasse de cet instrument, sont heureuses d'en revenir à leurs anciennes incommodités. Ce sont des inconvénients qui se présentent souvent, même quand les pessaires intra-utérins ont été appliqués par des maîtres ; les résultats en sont pires quand on emploie de ces instruments à la suite d'un diagnostic défectueux, ou sur des indications obscures. J'ai vu beaucoup de résultats semblables, si bien que je puis, d'après mes observations, assurer avec certitude que, en général, dans la pratique, les pessaires intra utérins ne s'appliquent pas. Non pas, je

pense, parceque l'habileté manuelle nécessaire pour l'introduction de la sonde ne peut être acquise par tout le monde ; la science du diagnostic, jusqu'à présent, est certainement trop peu étendue et elle est pourtant nécessaire pour constater, non-seulement le déplacement, mais surtout les complications concomitantes. Cette science peut s'acquérir et devenir, grâce à une instruction *ad hoc* et à la pratique, le patrimoine général des médecins. Le motif pour lequel les redresseurs intra-utérins ne seront jamais d'une application générale est bien autre. Les partisans les plus enthousiastes de la théreupatique intra-utérine mécanique accordent une importance spéciale à ce que le médecin sache choisir pour ce traitement les cas favorables, c'est-à-dire ceux dont on peut en attendre la guérison ou l'amélioration et ou le traitement sera sans danger. L'absence d'affections inflammatoires de l'utérus ou des organes voisins est le signe caractéristique des déplacements aptes au traitement intra-utérin.

Mais, Messieurs, ce sont les cas dans lesquels les déplacements et spécialement la rétroversion et la rétroflexion produisent les moindres désordres, et les patientes, sauf le cas de stérilité, ne veulent pas s'astreindre à un traitement de plusieurs mois. Au contraire, dans les cas, et c'est le plus grand nombre, dans lesquels le le catarrhe datant de plusieurs années, les pertes de sang considérables, les métrites et les ovarites sans cesse renaissantes, fatiguent les malades et les abattent, cas dans lesquels les malades feraient tout pour se débarrasser de leurs souffrances, il sera rarement possible, à cause des complications indiquées, d'appliquer les pessaires intra-utérins pour maintenir l'utérus à sa place; et pourtant c'est dans ces cas qu'il est urgent, aussitôt qu'on aura pu replacer l'utérus, de le maintenir dans la situation normale.

Je puis vous indiquer une règle, grâce à laquelle vous pourrez, même dans ces cas, avec plus de facilité, plus de sûreté, avec moins de danger, qu'avec des redresseurs intra-utérins, maintenir l'utérus dans sa position normale de rétroversé ou rétrofléchi qu'il était.

Rappelez-vous bien ce que je vous disais à propos de la rétroversion de l'utérus : « Le relâchement des *retractores utéri* permet au col de se porter en avant, permet à l'utérus de contracter la

rétroversion et la rétroflexion »; rappelez-vous en outre : « L'antéversion et l'antéflexion anormale se manifestent aussitôt que l'utérus est fixé en arrière du niveau des replis de Douglas. *Pour transformer une rétroversion ou une rétroflexion en antéversion normale, il n'y a pas de moyen meilleur ni plus efficace que de porter l'utérus en arrière et d'en fixer les segments inférieurs dans l'espace postérieur du bassin.*

J'ai imaginé des pessaires vaginaux qui atteignent ce but d'une façon très satisfaisante.

Je fais construire des anneaux de fil de cuivre mou, revêtus de caoutchouc comme ceux qui se sont généralisés dans la pratique avec *Sims*. Ils sont de grandeur et de solidité variables (de 8 à 14 centimètres de diamètre). La forme que je donne le plus souvent à ces anneaux est à peu près celle d'un huit de chiffre; dans la plus petite boucle du 8, on place la portion vaginale, la plus grande boucle repose sur la paroi postérieure du vagin, et par conséquent, indirectement sur la couche musculaire du fond du bassin ; si ce dernier n'offre pas un soutien suffisant, la marge antérieure du pessaire s'appuie encore sur les branches descendantes des os du pubis.

Il faut autant que possible ne pas utiliser ce dernier moyen de soutien, parce que les parties molles placées en avant de ces os ne doivent pas être assujetties à une pression continue. Je vous présente quelques pessaires en forme de 8 qui se sont tenus en place avec un succès de trois à quinze mois. Vous remarquerez que la substance dont ils sont formés est assez solide, et je vous les présente pour vous montrer la diversité de forme qu'il est utile de leur donner.

L'anneau destiné à recevoir la partie vaginale varie naturellement selon sa grosseur; il existe une différence importante par rapport à l'angle que cet anneau forme au point de croisement des deux branches, avec l'autre portion du pessaire. Le plus souvent cet angle, du côté de la partie antérieure, est plus ouvert à peu près de 100 degrés. Il varie jusqu'à 180 et plus, de façon à ce qu'il soit ouvert vers le bas. La courbure en ce point est d'une importance toute spéciale, parce que c'est elle qui empêche la portion

vaginale de dévier de nouveau en avant. La distance des branches de l'anneau inférieur du pessaire se conforme naturellement à l'ampleur du vagin. Le vagin doit être passablement garni par le pessaire vers les côtés, mais ses parois ne doivent pas être distendues. La forme que présente cet anneau inférieur, vu de profil, correspond exactement à la forme et à la distension du fond du bassin. La circonférence antérieure et inférieure du pessaire est ronde dans tous les cas et alors il prend son appui exclusivement dans le vagin et dans les parties molles qui le soutiennent; dans d'autres cas, les branches de l'anneau inférieur forment un angle en avant et le pessaire arrive jusqu'à l'entrée, et s'appuie en partie sur les parties molles, qui revêtent les branches descendantes du pubis. Vous voyez dans d'autres pessaires l'anneau inférieur allongé en avant, en pointe, de manière que les branches qui s'y croisent convergeant à droite et à gauche se trouvent situées parallèlement, l'une au-dessus, l'autre dans la section la plus antérieure. Cette section antérieure du pessaire est destinée à reposer sur la vulve. Je donne au pessaire cette forme quand je sais, dès le principe, que je devrai peut-être allonger l'anneau inférieur ou quand je veux donner à la patiente un moyen de pouvoir extraire et introduire le pessaire elle-même. Ce qui veut dire qu'on peut permettre l'extraction et l'introduction du pessaire aux malades habiles et intelligentes, quand nous nous sommes assurés qu'après l'extraction du pessaire, l'utérus conserve quelque temps sa situation normale. Je vous fais remarquer que l'introduction du pessaire ne suffit jamais à replacer l'utérus. On doit toujours pratiquer d'abord la réduction de l'utérus par la palpation bimanuelle. Quand un pessaire maintient dans sa position l'utérus précédemment réduit par vous, il fait tout ce que vous pouvez raisonnablement lui demander.

Je vous présente encore une seconde forme de pessaire en fil métallique recouvert de caoutchouc auquel je donne la préférence dans les cas de rétroversion de l'utérus, dans lesquels l'utérus, augmenté de volume et épaissi, mais ayant une portion vaginale très petite, montre une tendance très prononcée à reprendre la position rétroversée, dans lesquels le vagin dilaté et la couche

musculaire du fond du bassin n'offrent plus un soutien suffisant au pessaire en forme de 8. Un des plus gros et des plus larges anneaux de fil métallique recouvert de caoutchouc se pliera en un long ovale et on lui donnera ensuite une courbe sur le plan, qui le rende apte à prendre un appui de grande étendue sur le fond du bassin même relâché, même défectueux. Le tiers antérieur de l'ovale est courbé en une demi-spirale, il empêche la portion vaginale de se porter en avant, soutient encore avantageusement la section sus-vaginale de l'utérus et maintient replacée même la partie antérieure dn vagin facilement procidente, comme dans les cas d'ancienne et profonde rétroversion. L'introduction des pessaires spiraux est plus difficile que celle des pessaires en forme de 8. J'introduis d'abord un des côtés antérieurs, puis j'introduis, en forme d'arc, le corps du pessaire; dans cette manœuvre il faut faire attention que l'arc postérieur vienne vite se placer derrière la portion vaginale, le second des côtés antérieurs traverse le dernier l'ouverture génitale; plus rarement, quand la difficulté de cette introduction me semblait trop grande, j'ai choisi un anneau de fil métallique plus souple, je lui ai donné la forme voulue, puis je l'ai courbé de façon qu'avec l'arc postérieur, il pût traverser d'abord l'ouverture génitale et c'est seulement après, dans le vagin, que j'ai écarté ses moitiés latérales, autant qu'il était nécessaire pour que l'appui fut sûr.

Je ne suis pas ennemi en principe des pessaires intra-utérins, mais je ne connais qu'une seule indication pour leur application; quand l'utérus, déjà rétrofléchi, malgré qu'on ait pratiqué la réduction et quoique sa portion vaginale soit maintenue en rétroposition par un de mes pessaires, tend à reprendre sa position de flexion, et quand, cette flexion se reproduisant, les symptômes morbides se reproduisent aussi de nouveau. J'ai appliqué avec succès un redresseur utérin en baleine, cylindrique, muni de petites boules, en même temps que le pessaire vaginal et précisément de façon à ce que le pessaire utérin n'eût avec le pessaire vaginal aucune union, aucun contact direct; le stylet utérin redresse l'utérus assez solidement; il trouve dans la paroi postérieure vaginale un obstacle absolu à sa sortie, l'utérus étant main-

tenu en antéversion, au moyen du pessaire vaginal. Les mouvements imprimés au pessaire vaginal se communiquent bien à l'utérus et naturellement au stylet, mais le stylet ne se meut pas dans l'utérus et ne lui imprime non plus aucun mouvement; de cette façon on arrive à éviter l'irritation considérable, inévitable avec les autres pessaires intra-utérins.

Maintenant j'arrive à l'abaissement et au prolapsus de l'utérus. L'étiologie de cette maladie est très analogue à celle de la rétroversion et de la rétroflexion ; la portion vaginale, portée en avant et en même temps en bas (distension des replis de Douglas, paralysie des *retractores uteri*) est l'état primordial de la rétroflexion et du prolapsus, quand le relâchement du vagin et de tous les moyens de suspension de l'utérus est plus complet, quand l'utérus est plus lourd, quand peut-être encore le soutien manque en partie et spécialement quand la pression utérine intra-abdominale s'accroît beaucoup et est plus continue, alors commence, au lieu d'une rétroversion et d'une rétroflexion un *descendus* et *prolapsus uteri*. Cette dernière affection est d'autant plus fréquente, par rapport à la rétroflexion, chez les femmes pauvres, obligées après leurs couches, soit à terme, soit prématurées, de s'occuper trop tôt de travaux fatigants.

L'utérus descendu dans le vagin, est presque toujours en rétroversion ou en rétroflexion, rarement, par suite d'adhérences, en antéversion, même quand l'utérus procident est réduit dans le bassin et y est maintenu par les pessaires habituels, il reprend très rarement sa position normale d'antéversion. Ce fait a été attribué à des manipulations défectueuses de réduction, mais il tient au contraire simplement à ce que la fonction des *retractores uteri* n'est pas rétablie par la réduction, ni par les instruments de contention. Même après la suture vaginale postérieure par le procédé de Simon, j'ai vu l'utérus réduit rester en rétroversion.

La réduction de l'utérus devenue *procident* est complète seulement quand sa portion vaginale est portée en arrière et que le corps de l'utérus se porte par conséquent en antéversion. Quand, dans ces conditions, la pression abdominale se trouve agir de nouveau sur la face postérieure de l'utérus, on obtient un obstacle plus sé-

rieux au renouvellement du prolapsus ou même un empêchement complet. La seconde forme de mes pessaires vaginaux atteint ce but de la manière la plus satisfaisante, dans bien des cas de prolapsus.

Dans un cas de prolapsus complet de l'utérus rétrofléchi, l'utérus et le vagin, grâce à un pessaire de la forme indiquée, furent maintenus réduits à merveille.

L'heure avancée m'empêche de m'étendre plus longuement sur la thérapeutique du prolapsus utérin, mais je veux encore faire mention d'un déplacement de l'utérus qui en complique fréquemment la flexion, et me semble être peu observé. Je veux parler de la torsion de l'utérus sur son axe soit à droite soit à gauche.

J'ai mentionné au commencement de ma leçon, que l'utérue ne reste pas toujours suivant un axe perpendiculaire au plan moyen et qu'il semble que son côté gauche penche plus fréquemment en avant. L'utérus, dans l'état normal, est susceptible de subir une rotation sur son axe très importante. Si vous appliquez dans le vagin un spéculum plein qui distende un peu le cul-de-sac vaginal, vous pouvez, en le tournant et en observant en même temps l'ouverture utérine tranversale, vous assurer que l'utérus peut, sans aucune souffrance pour la femme, être tourné d'un angle assez grand. Une telle torsion de l'utérus sur son axe se présente comme un cas pathologique permanent plus particulièrement dans les antéflexions et rétroflexions. Dans le premier cas, le raccourcissement à divers degrés, des replis de Douglas en est évidemment la raison et la flexion se désigne en antéflexion droite ou en antéflexion gauche. Quoique l'utérus puisse être exactement fléchi sur son plan originairement antérieur, dans les rétroflexions, le relâchement à divers degrés des replis de Douglas et des *retractores* et plus souvent la situation du rectum peuvent être en pareil cas la cause de la torsion de l'axe qui simule une semiflexion latérale de l'utérus. Une véritable flexion latérale de l'utérus (j'entends sur le côté latéral) peut à peine s'expliquer autrement que par l'obliquité originaire de l'organe.

Messieurs, avant de terminer ma leçon, permettez-moi de vous donner encore quelques mots d'éclaircissement. D'après le plan

que je m'étais tracé, je me suis borné, autant que j'ai pu, à parler aujourd'hui seulement des déplacements de l'utérus, et, naturellement, je n'ai pu, même de très loin, explorer complètement ce grand et important sujet. Mais j'espère que la courte esquisse que je vous ai donnée vous aura montré que plus nous saisissons nettement les raisons et les conséquences des déplacements de l'utérus plus simples et plus claires en ressortent les indications.

Je considère comme fort important pour ces malades qu'un déplacement de leur utérus soit reconnu. Nous ne devons jamais oublier non plus, qu'avec cette reconnaissance, nous n'avons établi qu'une petite, quoique importante, partie du diagnostic de toute la maladie. Pour certains déplacements je me suis occupé seulement de la thérapeutique mécanique qui est indiquée contre eux. Il arrive bien rarement que, dans un cas donné, avec cette thérapeutique, on satisfasse même seulement aux indications locales ; que dire pour toutes les autres indications.

Vous avez retenu de ma leçon combien il est notoire que le diagnostic pour ainsi dire mécanique des maladies utérines est un sujet dont l'épuisement nous oblige tous, nous autres gynécologistes, à travailler. Je connais, précisément dans la Thuringie, des villes (et ailleurs il en est sans doute de même) où il est d'usage que le médecin pour le diagnostic gynécologique consulte l'accoucheuse, mais quelques connaissances de maladies des femmes que puissent avoir nos accoucheuses, nous trouvons facilement des points sur lesquels nous avous à leur apprendre. Les pessaires vaginaux, mais surtout les pessaires intra-utérins et les sondes, sont des instruments dangereux en mains inexpertes ; Messieurs, opposez-vous, comme moi, quand vous le pourrez, à ces abus dans l'intérêt de la santé des patientes.

Naturellement on a recours aux gynécologues de profession, pour les déplacements de l'utérus, le plus souvent plusieurs années après leur existence. La thérapeutique des cas récents et spécialement la prophylaxie sont pour le médecin de la maison un point très essentiel. Ne permettez pas de conduire des jeunes femmes au bal au moment des règles ; ne les laissez pas pour les fausses couches se soustraire aux soins et au repos nécessaires. Insistez

pour que chez les jeunes filles et les femmes, particulièrement les femmes enceintes, la vessie et le rectum soient toujours libres, il vous sera ainsi donné d'éviter un grand nombre de déplacements de l'utérus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *mars* 1883. — *Présidence de M. Guéniot.*

HYPERTROPHIE PAPILLAIRE DES PETITES LÈVRES — OPÉRATION

M. Pamard, d'Avignon, lit une observation d'hypertrophie papillaire des petites lèvres chez une femme de 30 ans datant de l'enfance.

M. Pamard l'a opérée en pédiculisant la tumeur.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'une hypertrophie papillaire simple, sans trace de tissu érectile ni de tissu adénoïde.

M. Gillette a dans son service une femme atteinte d'une tumeur analogue, qu'il se propose aussi d'opérer.

M. Trélat rappelle que ces cas sont figurés dans l'ouvrage de Churchill ; ces tumeurs ne peuvent du reste être confondues avec des tumeurs érectiles qui n'ont pas de nodosités.

(*La France médicale.*)

Séance du 9 *mai* 1883. — *Présidence de M. Guéniot.*

M. Terrillon communique une observation d'hystérectomie qu'il a pratiquée dans le but d'enlever une tumeur fibreuse de l'utérus, et dans laquelle il a eu recours à la méthode de Schrœder.

Cette méthode consiste à faire la section dans l'épaisseur même du tissu de l'utérus, de manière à enlever une sorte de V de substance utérine et à constituer ainsi deux lambeaux que l'on réunit ensuite par leurs bords et leurs surfaces au moyen de deux plans de sutures fines au catgut, profondes et superficielles. On réunit de même tous les lambeaux de péritoine flottants ou adhérents au tissu de l'utérus, de telle sorte que l'oblitération de la plaie soit complète et qu'il n'y ait pas possibilité pour les liquides de s'épancher dans la cavité péritonéale. Le pédicule est ensuite réduit dans le ventre et la plaie abdominale est, enfin, suturée à son tour.

Cette méthode, contraire à la méthode ancienne, qui a pour règle de fixer le pédicule dans la plaie, aurait, suivant M. Terrillon, l'avantage de mettre beaucoup mieux à l'abri des hémorrhagies.

On procède à l'opération de la manière suivante : On commence par faire à la base de la tumeur que l'on veut enlever une ligature à l'aide du ligateur Cintrat ; on pratique ensuite la section utérine, les sutures et le nettoyage de la plaie à l'abri de toute effusion de sang. Lorsque les sutures sont entièrement terminées, on enlève la ligature temporaire et l'on voit avec une certitude absolue si la surface suturée qui devient alors turgescente donnera ou non naissance à quelque hémorrhagie ; il est facile de prévenir ou d'arrêter immédiatement la perte du sang, si elle se produit, par de nouvelles sutures.

La nouvelle méthode tend de plus en plus à remplacer l'ancienne dans la pratique. M. Terrillon a eu l'occasion de l'employer récemment, dans une opération qu'il a pratiquée à la Salpêtrière, aveé l'aide de ses collègues MM. Terrier et Monod, sur une femme de 44 ans, atteinte d'une tumeur fibreuse de l'utérus d'un très grand volume. L'opération a parfaitement réussi ; les suites ont été des plus simples ; il n'y a eu ni fièvre, ni hémorrhagie, ni accidents d'aucune sorte.

M. Lucas-Championnière ne pense pas que la méthode ancienne, celle qui consiste à fixer le pédicule au dehors, dans la plaie abdominale, soit aussi abandonnée que le croit M. Terrillon ; pour lui, il est peu disposé à jeter cette méthode par-dessus bord ; il a eu deux fois l'occasion de pratiquer l'hystérectomie pour des corps fibreux ; dans le cas où il a fixé le pedicule en dehors, il a obtenu la guérison de la malade ; dans l'autre cas, au contraire, où, à son corps défendant et pour éviter à sa malade, femme extrêmement ner-

veuse, les tiraillements douloureux du pédicule, il a été forcé de réduire celui-ci dans la cavité abdominale, l'opérée a succombé. L'opération a été, du reste, pratiquée suivant un procédé très analogue à celui de M. Terrillon, qui n'a rien de spécial, suivant M. Championnière, et auquel on peut être naturellement conduit par suite de la facilité d'énucléation de la tumeur et de la dissection des lambeaux. Après la suture des lambeaux, l'oblitération de l'utérus se fait pour ainsi dire d'elle-même. Mais l'oblitération absolue des plaies péritonéales n'est pas aussi indispensable que le prétend M. Terrillon.

En résumé, l'opération dont M. Terrillon vient de communiquer une observation suivie de succès n'est pas applicable à tous les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, et il y aura toujours, d'après M. Championnière, bon nombre de cas où il sera nécessaire de laisser le pédicule au dehors, suivant les errements de l'ancienne méthode.

M. Polaillon ne croit pas que le procédé de Schrœder mette à l'abri de l'hémorrhagie aussi sûrement que le pense M. Terrillon. Sans doute il peut en être ainsi quand la section et les sutures ont été faites à la partie tout à fait inférieure de l'utérus où n'existent pas de grosses artères; mais, quand la section remonte plus haut, on ne comprend pas comment les grosses artères pourraient être empêchées de donner du sang de manière à écarter les lambeaux et à se faire jour jusque dans la plaie et le péritoine. M. Polaillon a pratiqué une hystérectomie dans laquelle la malade est morte d'hémorrhagie veineuse produite par la déchirure du ligament large pendant les efforts de vomissement.

En résumé, la méthode de Schrœder n'est pas applicable à tous les cas, mais seulement à la partie inférieure du corps de l'utérus où il n'y a pas de grosses artères.

M. Horteloup a vu un cas semblable à celui de M. Polaillon; il n'y a pas eu d'hémorrhagie au moment de l'opération; mais au bout de quarante-huit heures, sont survenus des vomissements qui ont déterminé la rupture du ligament large et une hémorrhagie mortelle qui ne se fût pas produite, si le pédicule eût été fixé au dehors.

M. Marc Sée fait remarquer qu'il y a des cas où le pédicule ne peut être amené au dehors sans des tractions violentes et douloureuses qui forcent le chirurgien à le laisser dans la cavité abdominale. Mais le procédé Schrœder expose à des accidents graves dont

M. Sée a été plus d'une fois témoin et qui tiennent, suivant lui, au mode défectueux de suture à points passés, adopté pour cette opération. La suture en surget ou du pelletier, recommandée par plusieurs chirurgiens, donnerait des résultats beaucoup meilleurs.

M. Terrillon, répondant aux observations qui viennent de lui être faites, maintient que le procédé Schrœder est celui qui met le mieux à l'abri de l'hémorrhagie, pour les raisons qu'il a déjà indiquées. Il y a des cas cependant où le procédé n'est pas applicable par suite du volume trop considérable ou de dispositions particulières de la tumeur. Mais toutes les fois que celle-ci peut être pédiculisée, le procédé de Schrœder est le seul applicable, à moins toutefois que l'on veuille recourir à la ligature élastique.

M. Pozzi dit que, dans un voyage en Danemark, il a eu l'occasion d'assister à une opération d'hystérectomie faite au moyen de la ligature élastique par un chirurgien de ce pays. Ce chirurgien avait déjà pratiqué trois fois cette opération et avait obtenu deux guérisons.

(*L'Union médicale.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1883. — Présidence M. Millard.

CHANCRE SIMPLE DU COL DE L'UTÉRUS

M. Martineau met sous les yeux de la Société un moulage en cire exécuté par M. Jumelin et reproduisant exactement et fidèlement un chancre simple occupant les deux lèvres du col, en se propageant dans la cavité de ce conduit. Voici un résumé succinct de l'observation de la malade sur laquelle le moulage a été pris.

X..., âgée de dix-huit ans, domestique, entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Natalis Guillot, numéro 9, le 30 janvier 1883, malade depuis quinze jours environ. A son entrée dans le service, on constate sur le périnée, au-dessous de la vulve, une ulcération à bords saillants, irréguliers, décollés et à fond jaunâtre, purulent; de chaque côté du raphé, il existe une érosion analogue. Tout autour de l'anus, nombreux follicules chancreux (folliculite chancreuse).

Sur la face interne des deux grandes lèvres, sur la petite lèvre droite et au niveau de la fourchette, on observe plusieurs petites ulcérations à bords de même saillants et décollés et à fond granuleux jaune et purulent. Adénite inguinale double, douloureuse à droite. Le col utérin présente une ulcération embrassant complètement les deux lèvres du col, à bords saillants, déchiquetés et à fond jaunâtre, rappelant la fusion de plusieurs ulcérations. Sur la paroi du vagin à droite, et près du col, ulcération de même aspect et de même nature (chancre du vagin). Ce chancre est allongé, à bords rouges saillants, décollés. A l'entrée du vagin, à droite, plusieurs petites ulcérations chrancreuses analogues. Par le toucher on sent trois glanglions volumineux adhérents autour du col et deux à trois glanglions assez volumineux situés sous la paroi postérieure du vagin.

Outre l'extension considérable prise par cette ulcération chancreuse simple qui reste le plus babituellement localisée à l'une des lèvres du col, M. Martineau insite sur l'existence de l'adénite péri-utérine qui avait acquis dans ce cas particulier un voulume assez considérable. Il a pu constater la présence de trois ganglions adhérents au col, occupant le siège normal des ganglions péri-utérins, et celle de trois ganglions plus petits situés sous la paroi postérieure du vagin. Ils étaient douloureux au point qu'il s'est demandé si la suppuration n'allait pas les envahir et s'il n'allait pas assister à l'évolution ordinaire des adénites chancreuses inguinales avec suppuration et ulcération. Il ajoute immédiatement toutefois que cette évolution de l'adénite chancreuse péri-utérine est excessivement rare, si toutefois même les cliniciens l'ont signalée, ce qu'il ignore, n'ayant pas eu le temps de se livrer à des recherches sur ce sujet. Quant à lui, sur les quatre ou cinq cas de chancre simple du col utérin qu'il a observés depuis 1877, il n'a jamais constaté cette terminaison de l'adénite chancreuse. A cela, il y a une raison : c'est la rapidité extraordinaire avec laquelle s'accomplit la guérison pour ainsi dire spontanée du chancre simple du col utérin. En quelques jours (quatre ou huit au plus), la cicatrisation est terminée (M. Gosselin a le premier insisté sur cette terminaison). On comprend dès lors que l'adénite disparaisse en même temps que la cause d'où elle émane.

Ce chancre simple guérissant rapidement, spontanément, M. Martineau n'a pas à s'étendre beaucoup sur la thérapeutique. Il est toutefois un point qu'il croit devoir siglaler : c'est l'auto-inoculation de

cette lésion sur les parois vaginales, vulvaires et même péri-anales, alors que le médecin n'y met aucun obstacle. C'est donc pour obvier à cette généralisation, alors que le chancre simple est volumineux, comme dans le cas particulier qu'il vient de rapporter, qu'il fait toucher tous les jours l'ulcération au moyen d'un pinceau de charpie imbibée d'un éthérolé d'iodoforme préparé instantanément, et garnir le vagin d'un tampon de ouate hydrophile. De cette façon on active la cicatrisation du chancre et l'on préserve les parties voisines de l'auto-inoculation.

(*Gazette médicale de Paris.*)

Séance du 11 *mai* 1883. — *Présidence M. Millard.*

M. Rendu présente les pièces anatomiques d'une femme morte, dans son service, de fièvre puerpérale et qui venait du service d'accouchements de l'hôpital Tenon.

Cette femme a succombé, dit M. Rendu, après un très court séjour à l'hôpital. A l'*autopsie*, les viscères présentaient le ramollissement et la dégénérescence graisseuse caractéristiques de la *septicémie. Les sinus utérins renfermaient du pus.*

J'ai dû rechercher comment cette fièvre puerpérale avait pris naissance et j'ai appris *qu'elle avait été contractée dans le service spécial d'accouchements de l'hôpital.*

Quelques jours auparavant, en effet, une autre femme en travail était entrée dans ce service, a la suite d'une application de forceps faite infructueusement par un médecin de la ville. M. Budin, accoucheur, remplaçant M. Ribemont absent, porta le diagnostic de rétrécissement du bassin, appliqua le forceps sans résultat et pratiqua la crâniotomie. *Une fièvre puerpérale s'ensuivit; la malade resta sept jours dans le service d'accouchement* et passa ensuite dans le service de M. Roques, où *elle succomba.*

A l'*antopsie* de cette femme, on trouva des traces de violence sur le col utérin et une perforation du vagin *qui avait été évidemment faite pendant la vie par l'instrument de l'accoucheur.* L'aspect de la plaie ne peut laisser aucun doute à cet égard. J'ajoute *qu'on a mesuré le bassin et qu'il présentait* 10 *centimètres sur* 12 *! C'est pour ce prétendu rétrécissement que l'accoucheur a pratiqué la crâniotomie !* On remarquera aussi

que CONTRAIREMENT AUX RÈGLEMENTS, cette femme a été conservée sept jours malade dans le service des accouchements.

C'est ce premier cas de fièvre puerpérale, né dans le service d'accouchements, qui a été l'origine de la contagion à laquelle l'autre malade a succombé.

M. Roques confirme les faits rapportés par M. Rendu.

MM. Rendu et Roques montrent à la Société les pièces anatomiques de la seconde malade et notamment *le vagin perforé*.

Ces faits, ajoute M. Rendu, n'ont pas besoin de commentaires.

(*La France médicale.*)

Séance du 25 *mai* 1883. — *Présidence de M. Millard.*

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

A la fin de la dernière séance, M. Rendu avait présenté à la Société un cas de perforation utérine chez une femme, sur laquelle M. Budin avait pratiqué la céphalotripsie et qui était morte de péritonite.

Il ajoutait que cette femme avait été maintenue dans le service d'accouchement après le développement des phénomènes inflammatoires, et il exprimait ses regrets à cet égard, estimant que la présence de cette malade pouvait être dangereuse pour ses voisines. Il apportait à l'appui de son dire d'histoire d'une malade morte de fièvre puerpérale, peu de temps après, dans le même service.

M. Budin a écrit à ce sujet au président de la Société, demandant la nomination d'une commission devant laquelle il comptait démontrer qu'il n'avait pas perforé l'utérus de la première de ses deux malades.

Le bureau ayant jugé la nomination de cette commission inutile, M. Rendu a demandé la parole sur cet incident au début de la séance.

M. Rendu. — Je ne m'attendais pas à ce que ma communication soulevât de telles réclations ; je m'étais borné, en effet, à l'exposé des faits et rien que des faits, sans les accompagner d'aucun commentaire malveillant. Cette communication avait uniquement pour but de montrer les dangers auxquels on expose les parturiantes,

lorsqu'on laisse dans les salles où elles se trouvent, celles qui sont prises d'accidents fébriles.

L'utérus perforé de la première des deux malades venait à l'appui de cette démonstration, et c'est pour cela que je l'ai présenté.

Pour ce qui est de M. Budin, j'ai dit très explicitement que je ne l'accusais pas de la perforation ; j'ai même spécifié que la malade, avant d'être mise entre ses mains, avait subi des opérations obstétricales diverses, d'abord en ville, et ensuite à l'hôpital par l'interne de service.

Mon intention, en faisant cette présentation, était donc, non pas de froisser M. Budin ainsi qu'il paraît le croire, mais d'éviter qu'à l'avenir on conserve des femmes malades dans les services d'accouchement.

M. Moutard-Martin. — Les règlements sont formels au sujet de la dernière proposition de M. Rendu. Les accouchées qui tombent malades doivent être transportées dans les services ordinaires de médecine, ou dans un pavillon d'isolement, et c'est une faute de ne pas prendre cette précaution.

(M. Moutard-Martin lit l'article du règlement qui consacre cette règle, et demande que son observation soit inscrite au procès-verbal.)

(*La Semaine médicale.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 26 *décembre* 1882.

FIBROMES UTÉRINS ENLEVÉS PAR LA SECTION ABDOMINALE

Le Dr Bantock présente cinq fibromes de l'utérus, pesant 3, 8, 13 1/2, 3 et 2 livres, qu'il a enlevés par la section abdominale. Une malade mourut, les quatre autres guérirent. Il s'est servi dans ces cinq cas du serre-nœud de Kœberlé qui, pour lui, remplit complètement toutes les indications. Il pense que, quel que puisse être l'oophorectomie dans l'avenir, au point de vue de la cure des fibromes, cette opération ne pourra jamais remplacer l'hystérectomie dans les cas tels que ceux qu'il présente à la Société.

Le Dr R. Barnes pense que les fibromes semblables à ceux ren-

contrés par M. Bantock ne sont justiciables que de l'hystérectomie. Du reste, il incline à penser que l'opération de Battey est indiquée surtout dans les cas de fibromes durs logés dans les parois utérines et faisant saillie dans la cavité; mais il est préférable d'extirper les tumeurs malignes ou myxomateuses. Il lui serait aisé de citer des observations très nettes sur les effets remarquables de l'opération de Battey sur les fibromes. Un an après l'opération, il n'a plus retrouvé une tumeur qui avait eu le volume du poing.

M. Knowsley Thornton ne croit pas que l'hystérectomie pour fibrome utérin doive être faite avant d'avoir tenté l'oophorectomie. Pour sa part, il a fait cette opération dix fois déjà; toutes les patientes ont guéri, toutes ont retiré de cette intervention un bénéfic très net, l'utérus ayant diminué de volume dans des proportions surprenantes. Il ne faut pas se contenter d'enlever les ovaires; il faut encore extirper les trompes et les vaisseaux volumineux qui rampent dans les ligaments larges.

M. Godson corrobore l'opinion de M. Thornton et cite un cas personnel à l'appui de ce qu'il avance.

M. Champneys demande à M. Thornton dans quels cas on doit tenter l'oophorectomie.

M. Thornton ne croit pas qu'on doive la faire tant que la vie de la patiente n'est pas menacée.

(*Le Médecin praticien.*)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 septembre 1882. — Présidence de M. Michaux.

OCCLUSION DU VAGIN; RÉTENTION DES RÈGLES PENDANT DEUX ANS; GROSSESSE; ACCOUCHEMENT

Par M. Hyernaux.

Dans sa communication, l'honorable membre rapporte trois cas intéressants qu'il a rencontrés dans sa pratique. Deux sont relatifs à une occlusion du vagin par une membrane obturatrice qui n'a pas empêché la conception. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'une jeune fille de vingt ans chez laquelle, depuis l'âge de 15 ans jusqu'à 17 ans,

les règles ont évidemment existé, mais sans écoulement extérieur, retenues qu'elles étaient par un hymen hypertrophié et imperforé. A 17 ans, une ponction est pratiquée dans une tumeur qui se présentait à la vulve, et le sang contenu dans le vagin et l'utérus s'écoule alors au dehors. Dans le cours de sa vingtième année, cette fille devient enceinte, sans que jamais les rapports sexuels aient été complets. La membrane obturatrice, examinée avec soin, ne laisse voir à sa surface aucune trace d'ouverture ; cependant une gouttelette de liquide qui en suinte fait présumer qu'il existe en cet endroit un pertuis qui aura donné passage à quelques spermatozoaires. La membrane est incisée et l'accouchement s'effectue naturellement.

A cette occasion, M. Hyernaux rappelle un cas qu'il a dejà mentionné, en 1865, dans ses *Fragments d'obstétrique ;* ici la membrane obturatrice existait à mi-hauteur du vagin ; elle était percée à son centre d'une ouverture grande comme une tête d'épingle. Il y eut également grossesse et il fallut aussi débrider pour permettre à l'accouchement de s'effectuer.

Enfin, le troisième cas que l'auteur consigne dans sa communication, se rapporte à une personne mariée sur laquelle il n'a pu découvrir la moindre trace d'organes sexuels.

(*Journal de médecine de Paris.*)

SOCIÉTÉ DES PRATICIENS DE NEW-YORK

DE LA LEUCORRHÉE CHEZ LES ENFANTS ET DE SON TRAITEMENT

Le Dr Gibney rapporte quelques cas de leucorrhée chez les enfants. Chaque année, il rencontre plusieurs cas de vaginite séropurulente chez des enfants de 2 à 6 ans. Il a invariablement trouvé chez ces enfants la diathèse strumeuse. Dans quelques cas, les malades avaient des vers intestinaux.

Le dernier cas observé est celui d'une petite fille délicate, âgée de 5 ans, atteinte d'une synovite aiguë du genou. Une semaine après, il s'aperçut qu'elle avait de la vaginite et lui fit faire des injections astringentes.

Le Dr Gibney lui donna du sulfure de calcium à la dose de 6 milligr. toutes les trois heures. A la fin de la semaine, il n'y avait

pas de progrès; il ordonna alors des injections chaudes faiblement phéniquées.

Ces injections n'amenèrent aucune amélioration. Il lui donna alors du fer et de l'huile de foie de morue. Peu de temps après, la mère lui amena un second, puis un troisième enfant, atteints de la même maladie. Il n'en put trouver la cause.

Le Dr F.-P. Kinnicutt a vu un grand nombre de cas de leucorrhée chez des enfants, dans le service des enfants de l'hôpital de New-York. Presque toujours l'affection était très tenace. Souvent la leucorrhée existait conjointement avec la diathèse strumeuse, et de temps en temps une investigation minutieuse a révélé la présence d'une grande quantité d'acide urique dans les urines. Il pense que la leucorrhée est le résultat de la propagation à la muqueuse vaginale d'une inflammation uréthrale due à la présence de cet agent.

Qu'une uréthrite puisse se produire de cette façon, cela ne fait aucun doute. Le catarrhe vaginal est assez fréquent chez les femmes goutteuses.

Dans la diathèse goutteuse, tout le monde sait que toutes les muqueuses sont susceptibles d'inflammation: en d'autres termes, dans cette diathèse, il y a une augmentation de la susceptibilité des muqueuses, il y a de plus un irritant (l'acide urique) capable d'agir localement. Dans le cas cité par l'orateur il y avait une irritation évidente des parties externes. L'examen des urines a dénoté la présence d'une quantité appréciable d'acide urique donnant presque lieu à de la gravelle. Le Dr Kinnicutt cite plusieurs cas dans lesquels la leucorrhée fut abondante, mais de courte durée. D'après son expérience, la leucorrhée associée à la diathèse strumeuse persiste souvent des semaines et même des mois. Il émet quelques doutes sur l'efficacité d'un traitement local dans ce cas.

Le Dr Gibney dit que, chez ses malades, il n'a pas constaté la présence d'acide urique dans les urines.

Le Dr Samuel Sexton a observé que, lorsque les malades atteints d'affections de l'oreille éprouvaient une exacerbation d'une maladie concomitante des organes génitaux, ils avaient une aggravation passagère des accidents auriculaires. Il croit qu'il y a là une action réflexe importante qui vient souvent compliquer le traitement.

Le Dr James B. Hunter, en réponse à une question au sujet du traitement de cet écoulement chez les enfants, dit qu'il a généralement constaté que l'action d'un traitement constitutionnel et l'emploi

de lavages, des organes génitaux externes était suffisante. En dernier lieu, il recommandait l'usage des injections.

Le Dr Beverley-Robinson pense qu'il ne faut pas ajouter tant d'importance à la diathèse dans les cas présents. Un traitement local est généralement bien plus efficace. L'orateur énonce ce fait que les injections vaginales sont employées bien plus souvent en Europe, et surtout en France, comme moyen de propreté et il pense que, par suite, la leucorrhée est moins abondante que chez les femmes américaines. Dans le traitement de la vaginite, il émet l'idée que l'on retire des avantages plus grands des injections froides que de celles qui sont faites avec de l'eau chaude. Il se montre sceptique au sujet de l'action de l'acide urique dans la production de la leucorrhée. Il se pourrait qu'il n'y ait là qu'une coïncidence. Il y a aussi des irritations résultant de la présence d'une grande quantité de phosphates dans les urines.

Le Dr Hunter dit qu'il n'est pas sûr que la leucorrhée soit plus fréquente en Amérique qu'en France. Il ne se sert pas d'injections froides; il les croit nuisibles, et il a pu en constater les mauvais effets. Il ajoute que dans les cas chroniques, il ne reconnaît pas de différence. Dans les cas aigus, l'écoulement épais et crêmeux de la vaginite spécifique permet souvent de les distinguer.

Le Dr C.-L. Dana prétend qu'on peut guérir la leucorrhée, même chronique, par un traitement constitutionnel. Il pense que l'examen local et les applications faites par le médecin ne doivent être employés qu'à la dernière extrémité, surtout chez les jeunes filles, ce qui n'a pas toujours lieu.

Le Dr Hunter, en réponse à une question, dit que l'exercice du cheval, chez des personnes qui sont atteintes de leucorrhée, même légère, est nuisible. Il a eu souvent l'occasion de le proscrire, et cela avec avantage. Le Dr Sims a dit, en manière d'aphorisme, que la femme ne devrait pas monter à cheval.

Le Dr Dana pense qu'il faut distinguer les femmes qui montent bien à cheval de celles qui montent mal. Celles qui montent bien, et qui s'enlèvent sur leurs étriers suivant la mode actuelle, ne sont pas secouées.

(*New-York med. Record*, juillet 1892.)

DOUZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 4 au 8 avril 1883, sous la présidence de M. Von Langenbeck.

TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN

M. Küster a insisté sur la double nécessité d'une ablation totale du sein dans les cas de tumeur maligne de cette glande et de l'extirpation des ganglions axillaires. Ceux-ci peuvent ne point paraître engorgés à la palpation pratiquée à travers les téguments. Or, sur 117 cas d'amputation du sein complétée par la toilette du creux axillaire, que l'auteur a empruntés à différentes sources, 2 fois seulement les ganglions axillaires examinés à l'aide du microscope ont été trouvés sains. De 15 femmes, chez lesquelles on ne fit pas du premier coup ce que l'auteur appelle l'amputation régionnaire, c'est-à-dire l'extirpation complète de la glande dégénérée et des ganglions axillaires, 13 ont succombé à une récidive au bout d'un temps très court, et les deux autres ont dû subir une seconde opération.

Les 117 cas d'extirpation complète avec totalité du creux axillaire ont fourni un taux de mortalité de 15 0/0; cette statistique embrasse la période où le pansement antiseptique n'était pas encore vulgarisé et où par conséquent il y avait à compter avec les ravages de l'infection septique. Pour ce qui est du chiffre des guérisons, Küster annonce 21,5 0/0 de guérisons définitives en comptant comme telles les cas où trois ans après l'opération il n'était pas survenu de récidive; dans 20,17 0/0 des cas opérés avec succès, il n'y avait pas encore eu de récidive au bout de deux années d'observation.

M. Gussenbauer ne croit pas qu'il existe aujourd'hui un chirurgien au courant de la science qui néglige la toilette du creux axillaire à la suite de l'extirpation d'une tumeur maligne du sein, et il s'étonne que M. Küster ait cru devoir insister sur cette recommandation devenue banale. Lui-même a l'habitude de procéder, en pareils cas, à l'extirpation des ganglions sus-claviculaires, qui sont souvent envahis par l'infection cancéreuse. Cette mesure radicale n'a plus sa raison d'être, bien entendu, dans les cas où les malades sont

déjà sous le coup de la cachexie cancéreuse et qu'il n'y a plus de chance de guérison.

M. Von Langenbeck est d'avis que l'extirpation des ganglions sus-claviculaires est superflue, parce que l'infection, une fois qu'elle a atteint ces derniers, a déjà gagné d'autres ganglions inaccessibles. Pour ce qui est de la toillette du creux axillaire, il la considère comme moins difficile que le pense Küster, et aussi moins dangereuse quand on s'assujettit aux prescriptions d'une antiseptie parfaite.

M. Von Langenbeck a donné lecture d'une lettre de M. Nussbaum, dans laquelle ce chirurgien, parlant de l'amputation du sein, préconise l'emploi du thermo-cautère, qui permet d'opérer à blanc et d'ob tenir une cicatrisation sans fièvre. M. Von Langenbeck estime qu'avec le thermo-cautère on n'obtient pas une extirpation aussi nette, et que les eschares formés exposent le malade à la suppuration et à l'infection septique. Par contre, il voit dans l'agent thermique un excellent palliatif pour les cas de tumeurs inopérables du sein ; l'emploi du thermo-cautère constitue alors un moyen héroïque de calmer les douleurs.

(*Gazette médicale de Paris.*)

REVUE DE LA PRESSE

MALFORMATION CONGÉNITALE DU RECTUM S'OUVRANT SUR LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN. — ÉNORME TUMEUR ABDOMINALE DE NATURE STERCORALE.

Dr Stocker

Une femme de 21 ans, non mariée, vient consulter M. Stocker pour une tumeur abdominale, presque aussi volumineuse qu'un fœtus au huitième mois de la grossesse. Cette tumeur mesurait 9 pouces dans son plus grand diamètre et 6 pouces et demi dans le sens transversal. Elle s'étendait de la symphyse pubienne à 2 pouces et demi au dessus de l'ombilic et plongeait profondément dans l'excavation pelvienne. L'utérus était refoulé en avant et en haut et

pouvait être senti entre la tumeur et la paroi abdominale. En voulant examiner le rectum, M. Stocker fut fort surpris de ne pas trouver d'anus. En fait, l'intestin s'ouvrait par un orifice assez large pour admettre un doigt, sur la paroi postérieure du vagin. Il n'y avait pas de sphincter : aussi la malade ne retenait-elle que très imparfaitement ses matières. En introduisant le doigt dans cet anus anormal, on arrivait sur une masse de matières fécales indurées dont la présence permettait de soupçonner la véritable nature de la tumeur.

La malade, qui ne s'était jamais doutée, paraît-il, de la singulière anomalie dont elle était atteinte, racontait qu'elle avait toujours été sujette à la constipation. Elle n'allait à la selle qu'une fois ou deux par semaine, et toujours sous l'influence d'un laxatif. Depuis un an elle ne se présentait plus à la garde-robe que toutes les deux ou trois semaines. Grâce aux lavements, aux purgatifs, à la malaxation du ventre, M. Stocker réussit à lui faire rendre une quantité énorme de matières fécales, et au bout de six semaines toute trace de tumeur avait disparu. Le fonctionnement du tube digestif s'était rétabli autant que le permettait la difformité. Toutes les opérations proposées par M. Stocker pour remédier à cette dernière furent absolument rejetées par la patiente.

Une intéressante discussion s'est élevée au sujet de cette observation à la Société chirurgicale d'Irlande. Le docteur Mac-Clutock, entre autres, a raconté qu'il y a quelques années il avait été appelé auprès d'une petite fille âgée de deux jours qui n'avait pas eu d'évacuation intestinale depuis sa naissance. Il n'y avait pas d'anus, et naturellement l'idée d'une opération se présenta à l'esprit du chirurgien. Toutefois, avant d'intervenir d'une façon plus active, il eut l'idée d'introduire un gros catheter dans le vagin. Aussitôt une certaine quantité de meconium s'écoula de cette cavité révélant ainsi une communication anormale entre le tube digestif et les voies génitales. MM. Cranny, Wheeler, Atthill et Byrne ont rapporté plusieurs autres faits qui se rapprochent des observations précédentes. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'intérêt que présente la connaissance de cas de ce genre pour tout médecin en présence d'une imperforation anale.

(*The British medical journal.*)

Note sur deux observations de corps étrangers introduits et retenus dans l'utérus post partum,

par le Dr Hugues.

Parmi les corps étrangers qui peuvent être retenus dans l'utérus à la suite de l'accouchement, il en est qui proviennent de l'utérus lui-même (portions d'œuf, de cotylédon placentaire, membranes, caillots, etc.); d'autres sont indépendants de l'utérus et peuvent avoir pénétré tout à fait accidentellement dans la cavité de cet organe. Les deux observations que nous donnons ici se rapportent à des faits de ce dernier ordre. En dehors de ce qu'il peut y avoir de curieux dans la nature, la forme de ces corps étrangers et les circonstances à la faveur desquelles ils ont pénétré dans l'utérus, il existe encore dans la manière dont ils se sont comportés consécutivement avec cet organe, des aperçus cliniques qui peuvent servir de base à une indication principale : « Quel est le moment le plus favorable pour délivrer l'utérus de ces corps étrangers ? »

Les recherches que nous avons entreprises dans le but de colliger des observations semblables aux nôtres sont restées sans résultat, et cependant nous avons consulté la plupart des ouvrages qui, de près ou de loin, touchent à notre sujet et qui se trouvent à la bibliothèque de l'Ecole de médecine de Paris. Nous avons le regret, peut-être, de ne pas les avoir poursuivies ailleurs et avec assez de patience, car il n'est pas douteux que d'autres faits existent déjà ; le conseil que nous donnent les ouvrages classiques de munir d'un fil les éponges imbibées de liquide et qu'on doit exprimer ou laisser dans l'utérus en cas d'hémorragie post partum, n'en est-il pas au au moins un indice ?

PREMIÈRE OBSERVATION

Inertie utérine, hémorragie consécutive, éponge enclavée dans l'utérus sans fil conducteur.

Mme A..., 23 ans, jouissant d'une bonne santé, a accouché, il y a environ deux ans, d'un enfant mort à la suite d'un travail long et laborieux. Elle arrive actuellement au terme d'une nouvelle grossesse qui n'a offert rien d'important. Depuis vingt-quatre heures l'accouchement a commencé, le col est dilaté, la poche des eaux est rompue,

les contractions sont très vives, répétées; et cependant, la tête, qui est en première position occipito-illiaque gauche, n'avance pas. Au bout de six heures d'efforts inutiles et dans la crainte que l'enfant ne succombe encore comme dans le premier accouchement, une application de forceps est jugée nécessaire. Des tractions assez fortes sont faites pour amener la tête à la vulve ; l'accouchement se termine rapidement; l'enfant est vivant ; la délivrance est opérée sans obstacle. Quelques minutes se passent; tout à coup se déclare une véritable hemorragie foudroyante. On sent l'utérus mou, flasque à travers la paroi abdominale, le globe rassurant a disparu. Quatre médecins se trouvent heureusement autour de la malade; l'un se jette sur l'aorte et la comprime, l'autre malaxe l'utérus, un troisième enlève de volumineux caillots, un quatrième enfin saisit une éponge qui se trouve sur une table à toilette voisine et l'imbibant de vinaigre Bully, le seul ingrédient qu'il trouve sous la main, il porte cette éponge dans l'utérus et l'exprime vivement. L'hémorragie continue. mais moins forte ; l'éponge est retirée et nouvellement imbibée de vinaigre, elle est reportée dans l'utérus où elle est laissée à demeure, Pendant ce temps, l'utérus se contracte et la perte finit par cesser. Puis, tandis qu'on veut aller à la recherche de l'éponge pour la retirer, on trouve le col assez mou, mais assez revenu sur lui-même pour n'admettre plus à son orifice interne que le bout de l'index. Toute manœuvre forcée pour retirer l'éponge paraît intempestive. « L'éponge sans fil conducteur reste donc enclavée dans l'utérus. »

Deux médecins demeurent pendant la nuit qui suit, auprès de l'accouchée; il n'y a eu ni hémorragie ni accident quelconque. Le lendemain seulement on se préoccupe d'aller à la recherche du corps étranger. Saisir avec les doigts ou la pince, en dilatant ou sans dilater et tirer au dehors, voilà l'indication à remplir. Mais, à la satisfaction de tous, la main est à peine introduite dans le vagin qu'elle rencontre l'éponge libre, expulsée déjà de l'utérus à la manière d'un caillot et qu'elle peut la retirer sans aucune difficulté.

DEUXIÈME OBSERVATION

Placenta adhérent ; main gauche introduite pour opérer le décollement. Bague de l'accoucheur retenue dans l'utérus.

B..., 19 ans, primipare, a caché sa grossesse à sa famille. Un de nos confrères des environs appelé furtivement trouve cette fille

étouffant ses cris et couchée dans un petit réduit à peine accessible. Présentation du sommet ; col dilaté ; contractions fortes, enfant rapidement expulsé ; cordon lié ; on cherche à opérer la délivrance ; les tractions n'aboutissent pas à amener le placenta. Une heure se passe avec des tentatives répétées et toujours sans résultat. L'hémorragie sans être inquiétante est continue. Notre confrère se décide à chercher la cause de cette rétention ; il passe la main gauche, trouve le col largement dilaté et le placenta qui forme bouchon. Il saisit cet organe à pleine main et s'efforce de l'entraîner : le placenta résiste. Il introduit alors la main dans l'utérus comme pour opérer le décollement ; pendant ce temps, l'utérus se contracte vivement sur la main ; et l'opérateur arrive enfin à entraîner le placenta au dehors. Notre confrère s'assure que l'utérus est bien revenu sur lui-même et que l'hémorragie a cessé ; il s'apprête à partir ; mais en se lavant les mains, il s'apercoit qu'une bague qu'il portait au petit doigt de la main gauche et qui était un peu grande pour ce doigt, a disparu. Il cherche de toute part, dans les linges, dans les caillots, dans les membranes, sans rien trouver ; puis soupçonnant qu'elle a pu lui avoir été retirée du doigt au moment où l'utérus s'est contracté sur la main, il explore le vagin où il ne trouve point sa bague ; tâte le col, passe à travers l'orifice réduit mais mou, il ne rencontre point sa bague. Où est la bague ?... En l'absence de tout accident, le Dr X... retourne chez lui. Un jour se passe, rien de nouveau de la bague. Enfin le second jour, il est rappelé auprès de la malade pour une légère perte sanguine. Le Dr X... nous prie alors de vouloir bien l'assister, et nous met au courant des faits que nous venons d'exposer. En présence de l'hémorragie actuelle, nous n'hésitons pas à aller à la découverte à travers le col utérin. La main introduite dans le vagin ne trouve pas la bague ; le col est largement ouvert (2 centimètres carrés). Nous introduisons un doigt et non loin de l'orifice interne, nous touchons un objet qui est bien la bague cette fois. Nous tâchons de la saisir, mais elle fuit devant le doigt qui la pousse. Craignant de la perdre dans la cavité utérine qui, à ce moment, est encore très grande (au moins 10 centimètres de diamètre) et d'être obligé de dilater le col, puis d'introduire toute la main, ce qui est toujours une manœuvre irritante pour l'organe, nous laissons la bague à gauche, nous abaissons l'utérus par pression sur le ventre et poussant le doigt aussi loin que possible, nous le ramenons ensuite en crochet dans la direction de la bague. Nous sommes assez heu-

reux pour saisir l'objet et le ramener au dehors. Les suites sont simples. L'hémorragie diminue, devient bientôt normale; nous n'avons aucun phénomène d'irritation consécutive.

RÉFLEXIONS

Dans la première observation une éponge est introduite post partum dans un utérus inerte; or, voici ce qui se passe :

1° Cessation de l'hémorragie;

2° Rétraction du col utérin et diminution du calibre de ses orifices dans une certaine limite;

3° Enclavement de l'éponge dans l'utérus;

4° Contraction du corps de l'utérus et dilatation secondaire des orifices du col;

5° Expulsion naturelle de l'éponge.

Cette analyse faite, il est possible de répondre à la question suivante : Fallait-il laisser l'éponge enclavée dans l'utérus et attendre? ou bien fallait-il débarrasser l'utérus dès qu'on s'est aperçu de l'enclavement? La réponse n'est pas douteuse dans le cas présent : ici, l'hémorragie grave dominait toute indication. Puisqu'on venait d'échapper à un grand danger hémorragique en obtenant la rétraction de l'utérus, il n'était pas prudent de procéder immédiatement à une dilatation quelconque. Mais en dehors de cette circonstance m - jeure, l'hémorragie, il était encore indiqué d'attendre, puisque nous voyons que le col devait s'ouvrir naturellement, sans dilatation forcée, et donner passage à l'éponge comme cela a lieu pour un vulgaire caillot. Rien ne forçait d'agir encore, parce qu'il ne surgissait aucune complication et que l'action septicémique du corps étranger n'était pas à redouter.

Dans la deuxième observation, la forme du corps enclavé diffère du tout au tout. Au lieu d'une volumineuse éponge c'est une petite bague, c'est-à-dire un petit objet sur lequel les fibres expulsives de l'utérus n'ont pas une prise suffisante, néanmoins l'utérus se comporte vis-à-vis de ce nouveau corps comme vis-à-vis de l'éponge, sans cependant pouvoir atteindre le même résultat : l'expulsion complète.

Ainsi : 1° Rétraction du corps et du col dans une certaine mesure;

2° Enclavement de la bague;

3° Contraction de l'utérus et dilatation secondaire des orifices du col;

4° Le temps de l'expulsion de la bague n'est pas complet : la bague est seulement ramenée au niveau de l'orifice interne ;

5° Légère hémorragie, secondaire, causée par la présence du corps dans l'utérus ;

6° Intervention indiquée, mais extraction prompte et facile.

CONCLUSIONS

Les corps étrangers introduits et enclavés dans l'utérus *post partum* ne sont la source d'aucun accident sérieux pour les suites de couche.

Toutes les fois qu'on peut extraire immédiatement et sans inconvénient ces corps étrangers, on doit le faire sans hésiter.

Mais dans le cas de difficulté ou de contre-indication, il ne faut pas oublier que la temporisation offre de nombreux avantages.

1° L'utérus opère le plus souvent l'expulsion par ses seuls efforts ;

2° En cas d'intervention obligée et tardive, les orifices du col sont dilatés et l'extraction se fait sans difficulté.

(*Nice médical.*)

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE.

(*Revue de gynécologie de la Revue Médicale Française et étrangère.*)

Nous nous proposons dans cette revue d'attirer l'attention sur quelques particularités que présente le traitement de l'éclampsie, et sur les raisons qui nous paraissent nécessiter l'ostracisme définitif des drastiques dans le traitement de l'attaque d'éclampsie, et militer en faveur de l'emploi des anesthésiques : chloral, éther, et surtout chloroforme.

Nous nous bornerons à mentionner quelques conclusions sans entrer dans le détail des expériences et des recherches que nous avons dû faire. Nous nous réservons, du reste, de publier ailleurs tout ces faits dont l'exposé nécessiterait un espace plus étendu que celui dont nous disposons dans ce journal.

Dès que les rapports de l'albuminurie et de l'attaque convulsive d'éclampsie ont été connus, on a de suite pensé à assimiler cette attaque aux phénomènes convulsifs qui se produisent pendant les dernières périodes du mal de Bright, à l'urémie.

Une fois le principe de l'empoisonnement admis, le traitement par les drastiques devenait une nécessité thérapeutique.

Ce traitement a été maintes fois préconisé, il a donné quelques bons résultats entre les mains de certains accoucheurs ; souvent l'effet a été déplorable, la lecture des remarques faites par les auteurs, laisse dans l'esprit du lecteur une idée assez confuse de la valeur définitive de ce traitement — et une seule conclusion semble se dégager de tous ces travaux, c'est qu'aujourd'hui cette méthode thérapeutique est presque complètement abandonnée.

En nous appuyant sur un assez grand nombre d'observations cliniques, voici les faits que nous avons pu constater.

Quand, chez une éclamptique on administre de l'eau-de-vie allemande à haute dose, voici ce que l'on observe si des vomissements ne viennent pas rapidement produire le rejet du médicament.

Au bout de trois quarts d'heure ou d'une heure, la malade éprouve une agitation marquée, un état de malaise évident qui se continue pendant plusieurs heures. Pendant cette période l'état de la malade s'aggrave considérablement, la mort peut se produire, et il n'est pas douteux que dans bien des cas la terminaison fatale n'ait reçu une marche plus active de par l'action du médicament.

Quand les selles se produisent, et cet effet ne se produit généralement qu'au bout de six, huit ou dix heures, on observe généralement une amélioration rapide et manifeste.

Nous résumerons l'exposé de ces phénomènes en deux mots. Il y a tout d'abord une période dangereuse pendant laquelle l'état de la malade s'est aggravé, la mort peut survenir pendant cette période, et, dans ce cas, on ne peut s'empêcher d'accuser en partie le traitement employé.

Une fois cette période passée, l'amélioration est rapide et se maintient.

Donc, si la malade a pu dépasser la première période, les résultats de la médication seront excellents, sinon ils seront déplorables. Voilà pourquoi les jugements portés par les auteurs sont si différents.

Nous avons cherché quelles pouvaient être les causes de l'aggra-

vation qui survient chez les malades éclamptiques qui ont pris du purgatif drastique.

Nous croyons les avoir trouvées dans l'action spéciale que ces médicaments semblent avoir sur les reins ; il suffit de donner un peu d'huile de croton à un lapin pour voir immédiatement se produire une congestion rénale très vive et des modifications pathologiques du côté de l'épithélium, dégénérescence colloïde des cellules. En même temps la sécrétion rénale tombe au minimum et l'urine sécrétée est albumineuse et chargée parfois de sang. En un mot, les lésions observées sont en tout semblables à celles que l'on voit quand on administre de la cantharidine à un animal.

En résumé, nous pouvons dire que si les drastiques sont aptes à rendre des services par la diarrhée rapide et abondante qu'ils produisent, leur maniement est dangereux puisqu'ils accentuent les lésions rénales contre lesquelles ils doivent lutter.

Nous pensons que ces quelques remarques sur lesquelles on n'a pas encore attiré l'attention méritent d'être prises en considération au point de vue pratique.

Passons maintenant à l'étude de l'action des anesthésiques. On emploie l'éther, le chloroforme, le chloral.

Les inhalations d'éther, en faveur desquelles un mouvement marqué se produit depuis quelque temps, doivent être rejetées; car elles ne sont guère applicables que dans les salles aérées et disposées à cet effet dans les maternités ou les grand établissements hospitaliers.

Le chloral est-il préférable au chloroforme ? Nous n'aborderons pas dans cette revue cette question ; ce n'est du reste là qu'une question secondaire, car le chloral ne semble agir que par suite de son dédoublement dont un des produits est le chloroforme.

Comment donc agit le chloroforme ? Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur les causes et la pathogénie de l'attaque d'éclampsie, il est bien certain que l'apparition des mouvements convulsifs indique ou une excitation exagérée venant agir sur les centres nerveux, ou une excitabilité exagérée de ces derniers.

Dans ces cas, le chloroforme peut-il diminuer l'excitabilité des centres nerveux et amener la suppression des accès convulsifs ? Cela a été soutenu. Cela est-il vrai ?

Nous croyons qu'on ne peut faire qu'une réponse, cela est possible, mais n'est pas démontré. En effet, avec une affection aussi

capricieuse que l'éclampsie dans laquelle les accès se succèdent avec rapidité, et peuvent disparaître tout à coup sans cause connue pour ne plus reparaître, comment dire que le médicament a pu agir en supprimant les accès? Nous tiendrons donc ce mode d'action comme insuffisamment démontré et nous regarderons comme non avenue l'objection faite par certains auteurs que le sommeil dû au chloroforme produit non la suspension des accès convulsifs, mais ne fait que masquer ces derniers.

Le chloroforme nous paraît avoir une action spéciale sur l'accès en le modifiant d'une certaine façon. Il en résulte que la gravité des accès devient moins grande, ce dont on peut se rendre facilement compte en observant la marche de la température. C'est ce point que nous développerons dans notre prochaine revue en nous appuyant sur des recherches cliniques.

DOUBLE CAVITÉ UTÉRINE; RÉTENTION DES MENSTRUES; GUÉRISON PAR UNE FISTULE UTÉRO-ABDOMINALE

La malade est une Française, traitée pendant longtemps par un médecin de Paris pour une tumeur fibreuse de l'utérus. A son entrée à l'hôpital de New-York, cette femme souffrait atrocement de douleurs qui, disait-elle, réapparaissaient à chaque époque menstruelle et coïncidaient avec l'écoulement des règles par le vagin. On sentait dans la cavité abdominale une tumeur grosse comme une tête d'enfant. La cavité utérine mesurait de 2 pouces 1/2 à 3 pouces. Gil Thomas, d'accord avec ses collègues, Emmet et Hunter, se décida, sur les instances de la malade, à intervenir chirurgicalement. Mais ne voulant pas tenter l'extraction de la tumeur, il résolut d'enlever les deux ovaires. Au cours de l'opération, la tumeur, évidemment fluctuante, fut ponctionnée, et fournit environ trois pintes de sang menstruel.

On reconnut qu'il s'agissait d'un utérus double, dont une des cavités communiquait avec le vagin, tandis que l'autre était complètement close. Depuis seize ans la malade était réglée. Mais tandis que le sang provenant de la première des cavités utérines s'écoulait librement par le vagin, il s'accumulait au contraire dans la seconde, d'où il était en partie repris par absorption. D'où l'accroissement progressif de la tumeur et l'impossibilité d'un diagnostic préalable.

Le corps de l'utérus, source de tout le mal, fut fixé àla paroi abdominale de façon à permettre les injections et le drainage.

La malade, après quelques accidents légers, est aujourd'hui complètement guérie et régulièrement réglée.

(*Gil Thomas. Reports of Women's hospital, Paris médical.*)

DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES A DEUX VAGINS

Par le Dr L. Jannet

Un de nos correspondants nous adresse le fait suivant que nous publions dans sa forme humoristique.

« Le 24 décembre dernier je fus appelé à Schebec (près Cognac) près d'une femme (18 ans, primipare) qui était depuis quatre heures, disait-on, dans les grandes douleurs sans pouvoir accoucher. — A mon arrivée les douleurs étaient légères et ne se succédaient qu'à de longs intervalles, après avoir été, au dire de la sage-femme, très intenses et très rapprochées. — Au toucher, la tête est dans l'excavation en O. I. G. A. Le doigt reconnaît parfaitement la présence des cheveux (membranes rompues quatre heures auparavant). Bosse sanguine très prononcée. — Allant à la recherche du col, je rencontrai, *à droite*, un bord tranchant que je pris pour le col, sans la moindre hésitation, du reste. Toutefois, en cherchant à me rendre compte du degré de dilatation, je fus frappé du contraste qui existait entre la moitié droite et la moitié gauche de la circonférence de ce prétendu col. A droite, c'était le bord tranchant dont je viens de parler, col de fantaisie qui admettait la libre introduction du doigt entre la tête et lui, et qui, lorsqu'on cherchait à le tendre, présentait une rigidité inflexible, tandis qu'à gauche c'était le col classique immédiatement appliqué sur la tête et offrant cette souplesse qui a été comparée à celle de la peau de bons gants. Pour expliquer ce fait je m'arrêtai à deux suppositions, tout aussi injustifiables l'une que l'autre : je crus d'abord que le bord tranchant était formé de tissu cicatriciel — du tissu cicatriciel chez une primipare de 18 ans, n'ayant présenté antérienrement aucun signe d'affection utérine ! — Je crus ensuite à une rigidité partielle spasmodique ; mais un col rigide est immédiatement appliqué sur la tête, et ce n'était pas le cas. Malgré cela, je me disposais à combattre cette rigidité supposée

par l'extrait de belladone, quitte à débrider ensuite si je n'obtenais rien. Toutefois, après m'être assuré que la sage-femme n'avait point donné de seigle ergoté, je résolus d'attendre (j'estimais la dilatation à 5 centimètres de diamètre).

Une douleur survint. Mon doigt introduit jusqu'à la phalangine, entre le bord tranchant et la tête, subit, au niveau de l'articulation, une compression assez forte et même douloureuse : la tête n'avançait pas d'une ligne. J'eus alors l'idée, la douleur passée, de suivre le col sur tout son pourtour avec la pulpe du doigt en commençant par la *gauche*. Je reconnus que le col ne présentait rien d'anormal et que ce que j'avais pris tour à tour pour du tissu cicatriciel et pour une rigidité spasmodique était, en réalité, une bride complètement indépendante de l'utérus et appartenant exclusivement au vagin.

Comment était disposée cette bride?

Après avoir longuement touché, je m'arrêtai à cette opinion : qu'il y avait un cloisonnement transversal incomplet et en forme de croissant du fond du vagin, cloisonnement dont le bord concave, inextensible, constituait le principal obstacle à l'accouchement.

Je croyais avoir fait un pas décisif dans la voie du diagnostic. Grande était mon erreur. En effet, j'étais prêt à trancher le nœud gordien, quand je fis une nouvelle découverte. Touchant de nouveau, je rencontrai, *à gauche*, une bride exactement semblable à celle que j'avais trouvée à droite ; derrière, le col avec ses caractères normaux. Je pensai alors qu'il y avait deux cloisonnements au lieu d'un, semi-lunaires tous les deux, et circonscrivant entre leurs bords coucaves un espace elliptique ; idée aussitôt abandonnée que conçue, car je ne retrouvai plus, malgré les plus minutieuses recherches, mon bord tranchant du côté droit. En d'autres termes, ce que j'avais senti tout à l'heure à droite, je le sentais maintenant à gauche; il n'y avait qu'une seule et même bride.

Mais il y avait quelque chose que je ne m'expliquais pas : pourquoi, si je puis contourner le bord postérieur de cette bride, ne pourrais-je pas, de même, contourner son bord antérieur? Or, de bord antérieur je n'en trouvais trace.

J'étais donc fort perplexe ; mais je me rappelai que, suivant le précepte Pajotien, le cigare porte conseil. — Mon cigare allumé, je fis, *a posteriori*, cette remarque que, dans les premiers moments, le toucher s'était effectué avec une certaine difficulté (que je mettais sur le compte d'une étroitesse congénitale de l'anneau vulvaire — il y

avait bien quelque chose de congénital, mais ce n'était pas cela), tandis qu'en dernier lieu mon doigt avait pénétré sans le moindre obstacle. Ce fut pour moi un trait de lumière. (Je dois dire, à ma louange, que le cigare n'était qu'à moitié consumé). — Le vagin était bien cloisonné, non pas dans le sens transversal, comme je l'avais cru d'abord, mais dans le sens antéro-postérieur, — il était cloisonné dans toute sa longueur, — il était ainsi divisé en deux compartiments : l'un, droit (quand le doigt y pénétrait, on sentait la bride à gauche), l'autre, gauche (quand le doigt y pénétrait on sentait la bride *à droite*). — Le compartiment gauche était étroit (difficulté du toucher). — Le compartiment droit était large (toucher facile). — Enfin, il devait être possible de faire passer le doigt d'un compartiment dans l'autre, en contournant le bord postérieur de l'obstacle, ce que l'évènement justifia. — J'ajouterai que le cloisonnement était cunéiforme, le bord postérieur (la bride) était mince et tranchant, le bord antérieur épais et charnu.

Quelques mots maintenant sur la façon dont l'obstacle fut levé. L'indez droit ayant pénétré du compartiment gauche dans le droit, ainsi qu'il a été dit, un fort fil fut engagé entre la pulpe et l'ongle, puis ramené à l'extérieur en contournant le bord postérieur de l'obstacle. Celui-ci fut étreint solidement par en bas : la même manœuvre fut exécutée par en haut, puis la portion du cloisonnement comprise entre les deux ligatures fut excisée avec de forts ciseaux.

Ce mode opératoire n'est certes pas irréprochable, car on pouvait craindre, vu les dimensions de la bride, un tiraillement en sens contraire des deux extrémités du vagin par les fils à ligature et, par suite, une rupture de l'organe au moment de l'expulsion. Cette crainte ne se réalisa pas ; aussitôt l'obstacle levé, la tête acheva sa rotation et l'occiput apparut bientôt à la vulve. — Tout se passa bien.

Je vous prie, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien publier ce fait, si vous jugez qu'il en vaille la peine. Si parmi vos lecteurs, il en était, par hasard, d'aussi novices que moi, ils verront par cette observation, que le défaut de pratique ne nous autorise pas toujours suffisamment à jeter notre langue aux chiens dans les cas difficiles.

Quand tout fut fini, le mari m'avoua confidentiellement que les rapprochements avaient été tantôt très faciles et très acceptés (compartiment droit), tantôt, au contraire, très douloureux et énergique-

ment refusés (compartiment gauche). Si j'avais su cela plus tôt ! Mais non ! en clinique les renseignements utiles arrivent généralement comme les carabiniers d'Offenbach. »

(*Paris médical.*)

INTERVALLE PROLONGÉ ENTRE DEUX NAISSANCES DE JUMEAUX

Le Dr Baranski (*Central fur Med. Wissen.*, décembre 1877) rapporte le cas d'une femme qui est accouchée sans accident d'un enfant du sexe masculin un peu avant terme. Le placenta fut extrait dans le laps de temps moyen. Se trouvant bien, elle se remit à ses travaux journaliers. Un jour qu'elle travaillait dans les champs, dix-sept jours après la naissance de l'enfant sus-mentionné, elle éprouva une perte d'eaux amniotiques très abondante, sans trace de douleurs. Le Dr Baranski, appelé immédiatement, trouva un bras procident et la délivra d'un enfant sans trace de macération, bien développé ; le placenta suivit quelques minutes après.

(*Paris médical.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR, A L'AIDE D'INHALATIONS D'ÉTHER BROMHYDRIQUE

L'éther bromhydrique ou bromure d'éthyle, respiré pendant le travail de l'accouchement, supprime la sensibilité de l'utérus, tout en lui laissant sa contractibilité et sa rétractibilité. Il n'enlève pas à la femme toute intelligence ni toute conscience ; elle continue à entendre et à parler. Il ne provoque ni bourdonnements d'oreilles, ni vomissements ; si l'on pousse l'anesthésie plus loin (ce qui est inutile pendant l'accouchement naturel), la femme s'endort et son réveil se fait assez rapidement et sans malaise.

Voici le *modus faciendi :* on prend un mouchoir de poche non déplié, on y verse largement du bromure d'éthyle et on le place à 2 ou 3 centimètres de la figure. On engage la femme à ouvrir la

bouche et à respirer à pleins poumons; à chaque deux respirations, on éloigne un peu le mouchoir pour laisser entrer de l'air pur. On l'approche surtout pendant les douleurs, et de temps en temps on verse dessus quelques gouttes de liquide.

Ces inhalations de bromure d'éthyle peuvent avoir lieu pendant plusieurs heures sans inconvénient, surtout si l'on se contente de diminuer ou de supprimer les douleurs seules de l'utérus, sans amener le sommeil. Cependant, on peut également produire l'anesthésie complète, chirurgicale, si on la croit nécessaire pour pratiquer une opération.

Tel est le résumé du travail de M. Lebert. On voit qu'il préconise en général dans l'accouchement naturel une demi-anesthésie amenant une analgésie de l'utérus, au moyen de l'inhalation du bromure d'éthyle. Ce procédé ressemble à l'administration du chloroforme à la reine, telle qu'elle était vantée dans le même cas par Campbell.

(*Gazette médicale de Bordeaux.*)

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES DÉPLACEMENTS UTÉRINS

Par le Dr Robert Bell.

Nous donnons d'après l'*Union médicale du Canada* (avril 1883 — Montréal) l'analyse d'un article publié dans le *Edinburg Méd. jour.* et reproduit par le *Canada Lancet*, où le Dr Bell propose un nouveau traitement des déplacements utérins.

Après avoir rappelé l'étiologie des déplacements de l'utérus, le Dr Bell insiste sur la nécessité de faire précéder le traitement local du déplacement de la suppression des causes qui l'entretiennent, et de la guérison des affections de la cavité du col ou du corps de l'organe, qui peuvent compliquer les déplacements.

J'emploie depuis deux ans la méthode que je vais décrire, et l'ai appliquée à deux cents cas. Je n'ai pas fait usage d'un pessaire depuis dix-huit mois, j'ai traité par ce moyen toutes les variétés et tous les degrés de déplacements, dans tous les cas j'ai obtenu une amélioration sensible et dans la majorité une guérison permanente. Le traitement exige une observation attentive et patiente de plusieurs semaines dans tous les cas et de plusieurs mois dans quel-

ques-uns, mais c'est là une bien légère objection. J'employais autrefois le glycérolé de tannin de la phamarcopée, astrisgent très efficace, mais d'un prix élevé, et ayant l'inconvénient de tacher le linge ; je lui ai substitué le mélange suivant : glycérine, alun, acide carbonique. Quand le déplacemant a existé pendant un certain temps il se complique d'hypertrophie partielle ou générale de l'organe, la traction sur les ligaments en est augmentée d'autant, l'effet devient une nouvelle cause qui aggrave la maladie. Il faut donc tout d'abord s'efforcer de diminuer l'hypertrophie et d'en prévenir le retour en corrigeant le déplacement et en maintenant l'organe *in situ*. L'hypertrophie des parois utérines s'accompagne dans la majorité des cas du ramollissement du tissu, en sorte que l'organe est flasque. Dans ce cas il est facile de remettre l'utérus en place, mais dès qu'on enlève le support l'organe reprend sa position anormale. En outre, s'il existe (comme c'est souvent le cas) un certain état inflammatoire, la présence d'un pessaire devient une source de danger et en supposant qu'on n'ait pas à redouter une métrite aiguë, il reste encore le désavantage que le soulagement est dû entièrement à un soutien mécanique dont le volume doit être augmenté à intervalles plus ou moins rapprochés, ce qui a pour effet de distendre les parois du vagin autant que peuvent le permettre les diamètres du bassin ; enfin la patiente est toujours désagréablement impressionnée par la présence du pessaire qui constitue un danger permanent pour les parties molles sur lesquelles il repose. Un pessaire, pour remplir ses indications, doit s'adapter parfaitement aux organes, et ce résultat ne s'obtient qu'au prix d'une longue expérience et de beaucoup de soin. S'il ne s'applique pas exactement aux parties, il est certainement toujours nuisible. Mon traitement a pour avantage de n'exiger que très rarement l'emploi d'une sonde ou d'un élévateur dans les cas de flexions. C'est une source de dangers de moins.

Prolapsus utérin : Il peut présenter tous les degrés intermédiaires depuis un léger abaissement de l'utérus jusqu'à la procidence complète. Il reconnaît pour cause, soit : 1° une augmentation du poids de l'organe ; soit 2° un état défectueux des ligaments; 3° il peut dépendre d'une pression de haut en bas des organes de l'abdomen ou de toutes ces causes réunies. Il va sans dire qu'avant de commencer le traitement il faut remédier à la déchirure du périnée si elle existe. De quelque cause que dépende le prolapsus, il s'accompagne tou-

jours d'hypertrophie de l'organe et du relâchement des parois vaginales et des ligaments utérins. Si l'utérus est alors relevé à sa position normale et retenu en place au moyen d'un appareil convenable, l'hypertrophie disparaîtra, et si en même temps on peut stimuler la circulation capillaire locale et provoquer un drainage continu des constituants aqueux du sang dans l'utérus et dans son voisinage, on aura fait un grand pas pour prévenir la tendance au déplacement en diminuant le volume de l'organe et en donnant de la tonicité à ses ligaments. On obtient ce but d'une manière très satisfaisante en replaçant l'utérus dans sa position normale et en l'y fixant au moyen d'un tampon de ouate imbibé d'un mélange de glycérine, d'alun et d'acide carbonique qu'on laissera en place pendant trois ou quatre jours. Ce tampon provoque un écoulement aqueux abondant du vagin. La glycérine provoque cet écoulement, mais si on lui adjoint un astringent, l'exosmose des constituants aqueux du sang est encore plus considérable, en outre, l'effet sur la circulation capillaire est plus marqué et l'action astringente sur les parois vaginales est des plus utiles. Par ce seul moyen j'ai guéri d'une manière permanente des cas de chute de l'utérus datant de 3 à 8 ans, après un traitement variant de 2 à 7 mois, et dans quelques cas où la maladie existait depuis beaucoup plus longtemps, j'ai obtenu un soulagement marqué après un traitement plus prolongé. Si on se contente d'imbiber le tampon de glycérine seulement, il s'y développe, au bout de quelques heures, une mauvaise odeur, mais si on ajoute de l'acide carbonique, le tampon n'a aucune fétidité quand on le renouvelle le quatrième jour. L'organe peut être maintenu *in situ* pendant des mois, pendant qu'on agit du même coup sur les tissus environnants pour les ramener à leur état normal, l'état général de la patiente s'améliorant rapidement. Je prétends que cette méthode de traitement a autant d'avantage qu'aucune opération plastique pratiquée sur les parois du vagin, et de plus, l'utérus lui-même bénéficie d'avantages qu'une opération plastique ne saurait lui apporter.

Versions et flexions de l'utérus. — J'ai traité un grand nombre de ces cas qui avaient été soumis au traitement de routine ordinaire par les pessaires et les tiges sans en avoir été améliorés; quelques applications du tampon n'ont pas tardé à produire un soulagement marqué. Dans la rétroflexion et dans l'antéflexion il est quelquefois utile d'employer deux tampons, mais généralement, un suffit. Il fait plai-

sir de constater les promps effets de ce traitement sur les symptômes qui apparaissent de ce côté de la vessie dans l'antéversion et l'antéflexion.

Dr Goodheart.

(*Revue de la presse médicale française et étrangère.*)

TRAITEMENT DU CATARRHE CHRONIQUE DU COL DE L'UTÉRUS

Il est peu d'affections aussi rebelles et qui exercent autant la patience du médecin que le catarrhe chronique du col utérin : c'est dire que son traitement est encore mal connu. Dans le *Traité de Gynécologie* nouvellement paru de Berry Hart et Barbour, un des meilleurs ouvrages produits depuis quelques années sur ce sujet, ce traitement est décrit de la façon suivante :

Le traitement général mérite une attention spéciale : précautions hygiéniques, exercice modéré, emploi de la quinine, de l'arsenic ou du fer, repos sexuel aussi complet que possible.

Le traitement local varie suivant que le malade est nulli ou multipare.

a. La malade est-elle nullipare, on commencera par prescrire des injections vaginales d'eau chaude, prolongées tous les soirs pendant dix minutes ou un quart d'heure. On pourra ajouter à l'eau environ 6 grammes de sulfate de zinc ou 12 grammes de sulfate d'alumine ou de cuivre par litre.

Si l'orifice de l'utérus est trop étroit, il sera bon de l'ouvrir latéralement avec des ciseaux. Cette petite opération procure trois avantages : elle facilite l'issue du mucus, de même que l'accès des agents médicamenteux, et augmente les chances de fécondation.

Quand ce traitement ne suffit pas et qu'il y a des ulcérations au pourtour de l'orifice utérin, il faudra, après en avoir soigneusement nettoyé la surface, les cautériser avec de la teinture d'iode ou de l'acide phénique. Heywood Smith préfère comme caustique le nitrate acide de mercure, et de Sinety l'acide chromique. Après la cautérisation, on lavera la surface du col avec un courant d'eau et on appliquera un tampon de ouate imbibée de glycérine.

Il est exceptionnel que le catarrhe exige pour être guéri une opération, quand il s'agit d'une femme nullipare.

b. Si la femme est multipare, le catarrhe cervical est ordinairement joint à un état pathologique de l'utérus plus complexe : déviation, subinvolution et spécialement lacération plus ou moins marquée du col utérin. La première indication est de diminuer la congestion du col utérin par des injections d'eau chaude et l'application de tampons glycérinés. Il serait bon de pouvoir renouveler le tampon journellement, ce que d'ailleurs la femme pourra faire elle-même avec un porte-tampon.

Quand il existe une déviation utérine, il faut y remédier par les moyens préconisés en pareil cas, et la maintenir réduite à l'aide d'un pessaire.

Les scarifications et les sangsues sont en général inutiles, car la congestion utérine contre laquelle elles sont dirigées sera plus efficacement combattue par les moyens précédents. Les scarifications sont cependant utiles, alors qu'il existe de petits kystes glandulaires du col ; en évacuant leur contenu, on enlève une cause d'irritation.

Dans les cas vraiment chroniques, le seul traitement est la destruction du tissu glandulaire malade, ce que certains auteurs obtiennent à l'aide du cautère ou de l'acide nitrique ; mais l'usage de la curette ou du bistouri est préférable.

On pourra faire le raclage simple de la surface muqueuse, ou faire suivre ce raclage de l'opération d'Emmet, dans le cas où le col sera largement fendu latéralement. On sait que l'opération d'Emmet consiste à aviver les deux bords de la plaie au niveau de la fente latérale du col et à apporter au contact, à l'aide de ligatures, les deux surfaces avivées. L'orifice utérin se trouve ainsi considérablement rétréci.

Au lieu du procédé précédent, on pourra avoir recours à la méthode de Schrœder, qui donne de très bons résultats. Cette méthode consiste, après avoir fendu latéralement des deux côtés l'orifice utérin jusqu'au fond du cul-de-sac vaginal, à enlever avec le bistouri la muqueuse qui recouvre le col utérin, puis, par des ligatures, à porter au contact d'elle-même chaque surface avivée, en la fermant à la façon d'un livre. Par ce moyen, toute la surface malade disparaît, et le col utérin est reconstitué en grande partie aux dépens de la surface vaginale du col.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

TRAITEMENT DU PHLEGMON LAITEUX DE LA MAMELLE

Le traitement dont il s'agit est basé sur l'emploi de l'onguent du Dr Duval dont voici la formule :

Poix noire.....	ãã	100 grammes.
Cire jaune.....		
Suif de mouton.....		
Akènes de ciguë.....		
Huiles d'olives.....		50 —
Gomme ammoniaque.....		25 —
Essence de romarin.....		9 —
F. S. A.		

Voici la manière d'employer cet onguent :

On prend une pièce de linge, d'une étendue appropriée ; on pratique, au besoin, les entailles nécessaires pour faciliter son adaptation, puis on étend l'onguent, à l'aide d'une spatule ou d'un couteau.

Appliqué avant la période de suppuration, cet emplâtre est fondant. Par son emploi, on peut alors obtenir la résolution de l'engorgement glandulaire.

L'abcession ne peut-elle être évitée ? Il la facilite. Le pus s'écoule à travers d'une ouverture unique ou de nombreux orifices en pomme d'arrosoir. L'onguent est donc un suppuratif par excellence.

L'emplâtre doit être renouvelé plusieurs fois par jour, en raison de l'abondance de la suppuration. Il exclut l'emploi des cataplasmes.

Quand la période suppurative touche à sa fin, le dégorgement n'est pas complet. Il persiste même quelquefois longtemps, ainsi que cela a eu lieu chez la malade dont j'ai parlé plus haut. Il faut continuer l'emploi de l'onguent, qui agit très efficacement en tant que résolutif.

Comme complément du traitement, et pour hâter la résolution, il est bon de recourir à la compression ouatée.

(*Paris médical.*)

DE L'EMPLOI DE L'IODOFORME DANS LES AFFECTIONS INTRA-UTÉRINES

Par le Dr REHFELDT.

L'auteur, dans un cas d'endométrite puerpérale qui avait occasionné des phénomènes généraux graves, ne fut pas satisfait des

résultats obtenus par des lavages de la cavité utérine avec une solution phéniquée à 1,50 pour 100. Il essaya l'iodoforme pulvérisé.

Il en introduisit 5 grammes dans l'utérus à l'aide d'un tube en verre recourbé et muni d'un piston formé d'un morceau de coton fixé sur une tige de baleine; il eut des résultats meilleurs et immédiats; aussi conseille-t-il ce moyen de désinfection dans les affections puerpérales à la place des irrigations avec des liquides antiseptiques qui sont beaucoup moins commodes. (*Berlin. Woch. Gaz* et *Gazz. ital. di Tor.*, 1872, n° 31, p. 743.)

(*Paris médical.*)

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE PAR L'INFUSION DE CAMOMILLE

M. Christopher Elliott, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades de Bristol, vante l'usage de l'infusion de camomille contre les coliques, la dyspepsie flatulente, et la diarrhée des jeunes enfants, principalement au moment de la dentition. Ce médicament lui a donné de tels résultats qu'il a renoncé aujourd'hui à tout autre remède. La dose est de (3 *ss* 3 *i*), de 3 à 4 gr. environ, pour un enfant au-dessous d'un an et double au-dessus de cet âge; on donne 3 doses par jour au plus, selon l'intensité de la diarrhée. M. Elliott ne dit pas comment il fait préparer l'infusion de camomille, dont il attribue l'action au pouvoir qu'aurait la camomille de détruire l'excitabilité réflexe. (*The Practitioner*, December 1882, 174.)

VERMEIL.

(*Journal de médecine de Paris.*)

INJECTIONS VAGINALES D'EAU CHAUDE DANS LE TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES

Depuis plusieurs années on s'est occupé de ce mode de traitement. Nivert et autres gynécologistes emploient les bains locaux utérins d'eau chaude à 45 et 48 degrés centigrades, dans les métrorrhagies persistantes, dans les engorgements chroniques utérins.

Les cas pathologiques dans lesquels Nivert a fait usage des injections chaudes vaginales de 45 à 50° sont :

1° Les métrorrhagies persistantes chez les femmes atteintes d'en-

gorgement utérin avec un état congestif et régression incomplète de l'utérus après les couches :

2° Les inflammations torpides chroniques, avec exsudats récents ou anciens.

(*Paris médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des Maladies des voies urinaires,

Par F. Mallez

M. Mallez vient de publier sous ce titre, chez Delahaye et Lecrosnier, un petit livre très intéressant et très complet dans lequel il passe en revue les médicaments employés dans le traitement médical des maladies des voies urinaires.

Cet ouvrage est le résumé des études et des observations que M. Mallez a été à même de faire dans une clinique fréquentée depuis de longues années des malades et des médecins. M. Mallez fait l'exposé des médications balsamiques, laxatives, diurétiques ; il consacre à cette dernière un de ses plus longs chapitres. Les considérations physiologiques et cliniques sur ces diverses médications complètent de la façon la plus heureuse cet exposé et permettent de les comparer entre elles.

La médication hydro-minérale est représentée par les principales eaux minérales françaises et par les eaux les plus usitées en Allemagne, en Espagne, en Italie et en Angleterre.

La partie consacrée à la médication topique, *topiques cutanés*, *topiques de l'urèthre*, contient une grande quantité de formules d'injections. M. Mallez consacre un long chapitre aux injections vésicales, question qu'il avait abordée déjà, il y a quelques années. Il parle des lavements, des suppositoires, des injections irritantes, de l'hydrothérapie et de l'électricité, puis termine en exposant, au moyen de tableaux synoptiques, le traitement des principales affections des voies urinaires, tableaux qui permettent d'embrasser d'un coup d'œil les moyens thérapeutiques auxquels on peut avoir recours dans chaque cas.

Ce livre, d'une réelle valeur, est destiné à rendre de grands services aux praticiens.

Thérapeutique des difformités congénitales ou acquises.

LEÇONS CLINIQUES PROFESSÉES A L'HÔPITAL DES ENFANTS MALADES

Par le Dr L.-A. DE SAINT-GERMAIN,

Chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades,

Recueillies par le Docteur P. Mercier, Paris, J.-B. Baillière.

L'ouvrage que M. de Saint-Germain vient de publier, sous forme de leçons cliniques, est un livre des plus intéressants et dont tous les médecins pourront tirer le plus grand profit. Il doit sa valeur surtout à ce que l'auteur n'y parle que de ce qu'il a vu et étudié par lui-même. Tout ce qu'il décrit dans son livre est le résultat d'une longue expérience.

Tous ceux qui, comme nous, connaissent sa verve et son esprit les retrouveront dans cet ouvrage d'un style clair et élégant.

M. de Saint-Germain traite des difformités à réformer, du traitement de l'obésité, des malformations du nez, des oreilles, des dents, de la langue, des yeux, etc. Les lésions de la colonne vertébrale et en particulier le mal de Pott sont l'objet de leçons extrêmement intéressantes et instructives. Nous en dirons autant des deux chapitres consacrés à la scoliose, magistralement traités et qui sont véritablement d'excellents et précieux guides pour le médecin appelé à traiter dans sa clientèle des cas de ce genre.

Les malformations de l'anus, des organes génitaux, de la paroi abdominale, la coxalgie, le pied bot, les déformations des mains sont traités par l'auteur avec le même soin.

Une description des appareils employés à la consultation du bucentral termine cet ouvrage auquel nous prédisons le succès qu'il mérite. Dr R. F.

FORMULAIRE

DU MEILLEUR EMPLOI DE L'IODE DANS LE TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE CERVICALE (J. CHÉRON).

Le traitement de l'endométrite cervicale doit occuper une place importante parce que cette affection est le point de départ de l'ulcération du col.

Toutes les fois qu'il existe une ulcération du col, il existe une endométrite cervicale préexistante.

Il est donc rationnel de porter le topique modificateur sur la partie qui est le point de départ de la lésion.

Les moyens préconisés, les moyens employés sont des plus nombreux; nitrate d'argent, acide nitrique, crayons de tannin, d'iodoforme, etc. Tous ont procuré des succès plus ou moins rapides.

Mais lorsque l'endométrite prend la forme catarrhale, l'iode, qui est certainement le meilleur de tous les moyens à opposer à l'endométrite en général, est le seul qui donne de vrais résultats.

C'est sous la forme de teinture que l'iode est employé, à l'aide d'un tampon d'ouate enroulé à l'extrémité effilée d'un bâtonnet.

Il est mieux de faire usage d'une solution aqueuse préconisée par M. Dannecy, de Bordeaux, pour remplacer la teinture d'iode qui s'altère au bout de peu de temps et constitue un médicament très infidèle.

Deux préparations incolores sont nécessaires pour mettre l'iode à nu; voici les formules :

N° 1. —	Iodure de potassium.....	10 grammes.
	Iodate de potasse.....	1 —
	Eau distillée.....	50 —

On badigeonne le canal cervical avec cette solution à l'aide d'un tampon d'ouate enroulé à l'extrémité effilée d'un bâtonnet, puis on badigeonne à l'aide d'un autre pinceau semblable imbibé de la solution n° 2.

N° 2. —	Acide citrique.....	10 grammes.
	Eau distillée.....	50 —

Au contact de la solution n° 2, l'iode est mis à nu et produit une action modificatrice cathérétique toujours identique à elle-même.

Ce badigeonnage, qui se fait en tournant le bâtonnet sur son axe dans le sens de l'enroulement de la ouate, doit être pratiqué tous les deux ou trois jours jusqu'à la guérison qui s'effectue rapidement.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Imprimerie de Poissy — S. Lejay et Cie.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

BULLETIN

—

Les investigations du chirurgien Porro.— L'élytrorrhaphie médiane du professeur Le Fort; revendication de priorité; un mot sur le procédé d'élytrorrhaphie de M. Desgranges de Lyon.— A propos de la prophylaxie de la fièvre puerpérale.

Enlever le larynx, voire même la prostate, réséquer le pylore, introduire la main et l'avant-bras dans le rectum jusqu'au coude, à titre d'exploration (j'en passe et des meilleurs), n'est plus qu'un jeu pour les chirurgiens allemands!

En France, ces lauriers sont parvenus à troubler la chirurgie officielle, elle-même!

C'est ainsi que nous venons de voir un de ses plus illustres représentants, celui dont le nom retentit sans cesse, dans les sociétés savantes, les Congrès et les Académies, celui dont l'esprit philosophique nous semblait devoir le tenir plus éloigné que tout autre de ces aventures, émettre un diagnostic, ouvrir tout simplement le ventre et fermer la plaie après confirmation.

En Italie, la haute fantaisie chirurgicale va plus loin. Le professeur Porro, de Pavie, l'inventeur de l'opération qui porte son nom, celui-là même que Schlemmer critique avec une acrimonie

toute bilieuse, a fait, il y a quelque temps, une opération unique dans les annales de la chirurgie.

Une personne de 22 ans se présente à son dispensaire. Elle désire savoir à quel sexe elle appartient réellement. Élevée depuis l'enfance comme une fille, elle n'en a jamais eu les goûts. Les traits sont virils. Elle a une moustache très peu accentuée et quelques poils sur les joues. Le mamelon n'est pas érectile. Il y a un gros clitoris d'un centimètre 1/2, une vulve, des grandes et des petites lèvres, un canal (vaginal ?) de quatre centimètres de longueur. Au sommet des grandes lèvres, vers la région inguinale, on trouve deux corps durs appliqués à l'anneau.

Testicules ou ovaires ? *that is the question.*

Ni prostate ni utérus, d'après le toucher rectal.

Le professeur Porro ouvre le pli génito-crural du côté droit et met à découvert son contenu, que tous les médecins assistant à l'opération reconnaissent pour être le testicule coiffé de son épididyme ; le cordon spermatique est reconnu dans le cordon d'attache et de soutien du testicule.

Suture au catgut ; pansement de Lister ; guérison en quinze jours.

Et le résultat de cette grave opération, le voilà tout entier !

Cette femme est un homme auquel il ne manque que le pénis ; mais, elle sait que ses ovaires prétendus sont des testicules.

Exposer aux chances d'une opération dangereuse pour obtenir un simple renseignement. C'est raide !

Que dira la ligue des antivivisectionnistes ?

Il y a un mois à peu près, M. le professeur Le Fort a pratiqué à l'hôpital, pour la n^{me} fois, l'opération d'élytrorrhaphie médiane qui a pour but de rémédier à la chute de l'utérus.

Cette ingénieuse opération à laquelle on a donné le nom du professeur, est l'objet d'une réclamation de priorité que le Dr Victor Jacoubsky (d'Odessa) se plaint d'avoir vainement adressée à l'Académie de médecine qui ne l'aurait pas insérée dans ses comptes-rendus.

La première communication de M. Le Fort, au sujet de l'Ély-

trorrhaphie médiane est de 1877; or, M. Neugebauer, professeur de gynécologie à la faculté de Varsovie, en aurait emprunté l'idée aux travaux d'un médecin français de Metz, le docteur R. Gérardin (1825) et l'aurait mise en pratique le premier, dès 1867. On en trouve la preuve (c'est toujours le Dr Jacoubsky qui parle) dans les rapports de l'hôpital du St-Esprit de Varsovie, dans les comptes-rendus de la section médicale du Congrès des naturalistes et médecins, à Varsovie (1874), ainsi qu'au Congrès des naturalistes à Bade, en 1879.

Tout cela est très clair, M. le Dr Jacoubsky ! la réclamation est très nette. Mais il est, sinon d'usage, au moins de sens commun, de faire la preuve de ce qu'on avance.

Les deux procédés opératoires ne sont peut-être pas aussi identiques que notre confrère russe semble le croire. Nous serions curieux de comparer les deux descriptions.

Que M. le professeur Le Fort ait inventé l'Élytrorrhaphie médiane de toutes pièces, sans avoir eu connaissance des procédés du Dr Neugebauer, cela ne saurait faire un doute pour personne. Il est bien permis au professeur de médecine opératoire à la faculté de médecine de Paris de ne pas connaître toute la littérature de la question et d'inventer, faute de renseignements suffisants, une opération qui a été déjà inventée, ça peut se voir tous les jours.

Mais, après tout, si les deux opérations n'ont de commun que le résultat vers lequel elles tendent !

Docteur Jacoubsky, envoyez-nous la description du professeur Neugebauer. La question ne pourra que gagner à cette comparaison.

A propos d'Élytrorrhaphie, nous demandons à exhumer, pour en faire part à nos lecteurs, un procédé opératoire auquel on pourrait donner le nom d'Élytrorrhaphie latérale et qui est dû au Dr Desgranges de Lyon. Ce chirurgien se sert de pinces serres-fines assez fortes, dont les mors sont courbes, terminés par des pointes acérées et d'une longueur de trois centimètres environ.

Au moyen d'un spéculum, il applique 6 à 9 de ces pinces, portées au bout d'une pince longue, sur les plis de la muqueuse, la-

téralement, c'est-à-dire dans l'espace laissé libre par les valves ouvertes du spéculum bec de canard. A mesure que ces pinces serres-fines tombent, elles sont remplacées, tous les dix jours à peu près.

Toutes les parties ainsi saisies se gangrènent et ce grand nombre de petites cicatrices rétrécit le vagin.

Les opérations pratiquées à l'aide de ce procédé sont au nombre de huit, elles ont été suivies de succès, mais le temps après lequel les malades ont été revues, n'est pas mentionné dans les observations.

Deux fois Nélaton employa ce procédé : d'abord chez une jeune fille et plus tard chez une femme, qui guérit après deux applications.

Il nous semble trouver dans cette description les éléments d'un procédé d'Elytrorrhaphie latérale qui, au lieu de donner un vagin double formé par la bride médiane, comme dans l'opération de M. Lefort et conséquemment un utérus plus ou moins latéroversé, ne produirait qu'un rétrécissement du vagin. En effet, au lieu de faire porter l'avivement sur la partie médiane, on aviverait l'une des parties latérales du vagin ou même les deux, s'il y avait beaucoup d'ampleur, depuis l'insertion au col de l'utérus jusqu'à la vulve et l'adossement de la partie cruentée à elle-même, se ferait à l'aide des sutures, en fermant celle-ci de haut en bas, comme les deux parties d'un livre.

Les accoucheurs des hôpitaux, après avoir été terrassés dans la lutte inégale qu'ils ont tenté de soutenir contre les chirurgiens des hôpitaux, sont rentrés dans l'ère de paix et de travail que l'ardeur du combat avait un instant voilée au public médical. Aussi nous a-t-il été permis d'apprendre que les précautions antiseptiques que ces médecins distingués prennent à l'endroit de leurs services, sont tellement minutieuses, que l'entrée en est à peu près interdite, sinon complètement, aux médecins et aux étudiants.

Rien de mieux compris pour préserver de l'envahissement septique ! Il suffit de rappeler les faits rapportés par Winckel et

Swiecicki pour justifier la manière de faire des accoucheurs.

A la maternité de Dresde, en l'absence de Winckel, un interne fit de nouveaux accouchements, après avoir soigné une fièvre puerpérale et pris toutefois la précaution de se désinfecter avec soin, de prendre un bain et de changer de vêtements. Huit femmes, parmi celles qu'il accoucha, furent gravement atteintes ; trois d'entre elles succombèrent.

Swiecicki a observé à la Maternité d'Erlangen le fait suivant : huit jours après avoir fait une autopsie, un élève de la clinique est autorisé à faire un accouchement. Il s'était désinfecté avec le plus grand soin. Au troisième jour, une péritonite très grave se développa ; cependant la malade guérit. L'enfant de cette femme subit les atteintes de l'infection et succomba. L'accouchée n'avait été examinée que par trois personnes en dehors de l'élève ; un interne, l'assistant et la sage-femme en chef ; or, toutes les femmes examinées par ces trois mêmes personnes ne présentèrent aucune trace d'infection.

Tout cela est d'un grand enseignement et n'étonnera personne. Nous en avons bien vu d'autres.

Mais alors que devient cet enseignement de l'obstétrique, qui allait prendre une si grande extension que tout élève arrivant à revêtir la robe légendaire de la thèse pourrait se flatter d'avoir vu quelques accouchements et d'en avoir fait au moins un ?

Ne pourrait-on pas accepter dans chaque service d'accouchements, pour un temps très limité, un nombre déterminé d'élèves auxquels on interdirait les autopsies, l'entrée aux amphithéâtres d'anatomie, ainsi que dans toutes les salles étrangères au service ? On leur imposerait des précautions de désinfection et on les remplacerait aussitôt qu'ils auraient donné des soins à une femme atteinte d'accidents septiques. Il est vrai qu'en agissant ainsi, il faudrait en faire autant à l'égard des internes, des externes et du chef de service lui-même.

Espérons que les soins antiseptiques minutieux, indispensables pour l'éloignement des accidents d'infection, si bien compris par les accoucheurs, seront appréciés des étudiants qui pourront

alors prononcer devant la porte close, avec quelque chance de succès, le fameux *Sésame, ouvre-toi*!

TRAITÉ PRATIQUE

DES

AFFECTIONS NERVEUSES ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*

Annotée par le Dr J. Chéron.

(*Suite.*)

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE II.

PHYSIOLOGIE DE L'AGE CRITIQUE.

Si, jusqu'à ce jour, plusieurs phénomènes de l'âge critique n'ont pas été signalés ou ont été imparfaitement compris, c'est parce que les physiologistes n'ont pas suffisamment considéré leur relation avec les autres périodes critiques de la fonction de reproduction. Si les pathologistes en sont encore à ignorer comment ils doivent traiter les infirmités qui se manifestent toujours à l'âge critique, c'est parce qu'ils ne les ont pas comparées avec les maladies qui surviennent fréquemment au moment de la puberté. Pour expliquer comment l'âge critique modifie si complètement la constitution de la femme, soit dans le sens de la santé, soit dans le sens de la maladie, je suis obligé de passer rapidement en revue les fonctions de reproduction, en renvoyant à d'autres ouvrages le lecteur qui désirerait de plus amples détails.

A l'âge de treize ans environ, sous la latitude de la Grande-Bretagne (1), la constitution des jeunes filles éprouve une modifi-

(1) Cette modification s'observe à partir de douze ans, à peu près, dans notre pays où la première apparition des règles se fait, en moyenne, à 14 ans et huit mois, tandis qu'en Angleterre, c'est à 16 ans et six mois seulement. (J. C.)

cation. Celles qui sont délicates le deviennent davantage ; celles dont la santé est robuste souffrent peu. Les unes éprouvent fréquemment des douleurs dans le dos, dans les membres inférieurs, et dans l'abdomen ; les autres ont une tendance aux maux de tête, à l'irritabilité nerveuse, et à des accès de colère. Quand cet état a duré de douze à dix-huit mois, une petite quantité de sang s'écoule de la matrice, et les symptômes nerveux diminuent ; mais, en général, ils reparaissent pendant quelques mois, jusqu'à ce que l'apparition du flux menstruel tous les vingt-huit jours, accompagnée d'un certain degré d'irritabilité nerveuse, de douleur et de mal de tête, soit devenue une habitude confirmée. Pendant ce temps, le corps acquiert la plénitude de ses proportions ; le bassin prend des dimensions suffisantes pour livrer passage à un enfant ; les seins se gonflent pour préparer sa nourriture ; la santé générale s'améliore, et bientôt la femme atteint le plus haut point de sa perfection physique (1). A moins qu'il ne soit interrompu par la grossesse et la lactation, le flux menstruel survient chaque mois pendant trente-deux ans environ ; alors il devient irrégulier, comme à la puberté, et, après avoir été ainsi pendant deux ans, il cesse complètement. A l'âge critique, comme à l'époque de la puberté, les femmes sont habituellement plus irritables, plus sensibles, plus sujettes aux maux de tête et à l'abattement moral. La puberté, comme la ménopause, est, en général, suivie d'un renouvellement des forces. Ainsi se présente la fonction menstruelle dans des circonstances favorables ; mais il y a un revers à la médaille. Au lieu de reconnaître la puberté par une amélioration de la santé, combien souvent n'avons-nous pas à la constater d'après des formes rachitiques, une apparence maladive, et un maintien qui dénote la chlorose ! Au lieu de douleurs légères dans les reins, dans les membres, et dans les régions hypogastriques, les douleurs sont vives et persistantes, et peuvent amener ce que l'on a appelé irritation spinale et contracture des membres. La céphalalgie peut rendre la malade incapable de tout

(I) C'est à ce moment qu'apparaît l'épithélium à cils vibratiles de l'utérus et des trompes. Il disparaîtra à la ménopause avec la fonction génératrice. (J. C.)

effort ; ses facultés semblent se perdre dans un état de somnolence oublieuse ou de pseudo-narcotisme ; l'irritabilité nerveuse peut être portée jusqu'aux pires formes de l'hystérie ; et au lieu d'inégalité d'humeur et de caprices de caractère, c'est l'obstination et la méchanceté qui se manifestent. En fait, la conduite d'une jeune fille, à l'époque de la puberté, trahit quelquefois un tel abandon de tous principes que le mot d'insanité mentale n'est pas trop énergique pour caractériser son état. Lorsqu'enfin apparaît le flux menstruel, il ne ramène pas toujours la santé. Son retour peut être retardé trop longtemps, ou, s'il revient régulièrement, au lieu d'être une infirmité supportable, il est accompagné de douleurs abdominales et de symptômes nerveux qui constituent une véritable maladie ; ou bien encore quelque chose, comme une réaction anormale des organes reproducteurs sur le système nerveux, peut produire un retour du flux menstruel tous les quinze ou vingt-et-un jours, au lieu de tous les vingt-huit jours.

L'âge critique a aussi ses maladies. Ce peut être une période marquée par de légères indispositions, comme aussi caractérisée par des phénomènes morbides très compliqués. Il peut survenir une grande atonie et de la chlorose, comme à la puberté, ou un état bilieux confirmé ; les douleurs abdominales sont très vives ; les maux de tête fréquents et pénibles ; les facultés mentales sont non seulement obscurcies, mais aussi frappées d'assoupissement et de stupeur ; si les convulsions hystériques sont moins fréquentes qu'à la puberté, la boule hystérique et les manifestations secondaires de l'affection sont très fréquentes, et la folie survient plus souvent. S'ils ne sont amendés par des évacuations critiques répétées, telles que flux de sang, leucorrhée, diarrhée, ou transpiration, ces symptômes nerveux compliqués peuvent continuer pendant des années, et alors être amendés par un traitement approprié qui les aurait efficacement prévenus au moment de leur apparition.

La puberté et la ménopause sont accusées par des modifications anatomiques, la première, par l'*évolution* des ovaires, la seconde par leur *involution*. A la puberté, les ovaires augmentent de volume, deviennent plus vasculaires et laissent tomber l'ovule à la fécondation.

A la ménopause, la sécrétion des ovules est de plus en plus restreinte. On sait peu de chose de l'état anatomique des ovaires pendant le temps d'incertitude, mais, après la cessation de la menstruation, de lisses et gonflés qu'ils étaient, les ovaires deviennent flasques et ridés, et présentent l'aspect d'un noyau de pêche; il devient de plus en plus difficile de distinguer les vésicules de Graaf, tant leurs cellules se pressent par suite d'hypertrophie. Plus tard, l'hypertrophie augmentant de plus en plus, j'en ai rencontré qui n'offraient plus que la dimension d'une petite fève; d'autres fois, la place en était seulement indiquée par un peu de substance fibro-cellulaire. L'atrophie des ovaires détermine des changements correspondants dans les trompes de Fallope, qui se contractent et quelquefois s'oblitèrent ; il en résulte aussi l'atrophie de la matrice, dont le col devient plus étroit et plus court, excepté lorsqu'elle est le siège d'une inflammation chronique. Dans ce cas, l'involution utérine peut être retardée de dix ans et plus. Virchow a remarqué l'occlusion complète de l'orifice utérin, et je l'ai trouvé oblitéré chez cinq femmes que j'ai eu l'occasion d'examiner pendant la vie, de dix à quinze ans après la cessation des règles. Il est bien connu que le vagin devient souvent plus étroit et plus court, et que le plexus pampiniforme — appareil destiné à fournir aux organes de la génération une grande quantité de sang — se vide. Les glandes mammaires sont aussi atrophiées après la ménopause ; pendant l'âge critique, au contraire, elles sont souvent congestionnées et douloureuses, si elles n'éprouvent pas d'autre altération.

Ce sera toujours un sujet d'étonnement de voir deux petits corps de forme ovale déterminer tant de phénomènes de santé et tant de symptômes de maladie ; leur structure, pourtant, ne semble pas compliquée ; mais, comme le fait est hors de doute, il est bon d'essayer d'expliquer les différentes façons dont ces organes influencent la santé et la maladie. Les ovaires exercent leur action sur les diverses parties du corps, au moyen de leurs nerfs, car, comme ils ont tous les deux des nerfs ganglionnaires et cérébro-spinaux, ils peuvent réagir sur les nerfs ganglionnaires et

leurs centres de même que sur les nerfs cérébro-spinaux et sur leurs organes centraux.

Soit que l'on considère le système ganglionnaire comme indépendant du système nerveux ou comme une branche du système nerveux cérébro-spinal, tous les physiologistes s'accordent à reconnaître qu'il suit chaque capillaire dans ses ramifications les plus ténues, il est vaso-moteur, et gouverne la nutrition de toutes les parties de notre corps. Il est reconnu que tous les organes importants de la vie de nutrition sont pourvus de ganglions et de plexus ganglionnaires, qu'ils communiquent tous entre eux, et avec un plexus plus large et des ganglions plus volumineux, situés au creux de l'estomac, les ganglions et le plexus solaires ; et autrefois ceux-ci étaient appelés les centres de la puissance nerveuse ; Galien a nommé la région épigastrique le levier des forces qui meuvent l'économie animale. Sans entrer dans les détails qu'on trouvera dans un des chapitres suivants, sur les maladies ganglionnaires à l'âge critique, j'établirai seulement que, tandis que la sensibilité et le mouvement dépendent intimement du système cérébro-spinal, la nutrition est sous la dépendance du système ganglionnaire et qu'il se fait une condensation du pouvoir nerveux ganglionnaire dans les ganglions centraux qui donnent et reçoivent pour chaque viscère une impulsion variable : on ne doit pas tenir compte de certains faits pathologiques que je placerai sous les yeux, si l'on n'accepte que les ganglions solaires forment un centre important de force nerveuse, capable d'exercer une action sur certaines parties du corps et d'y porter le trouble, par quelque influence subtile et invisible analogue à l'électricité et que j'appellerai fluide nerveux. Il semble que l'organisme humain soit ainsi établi, que les organes divers qui le composent puissent réagir les uns sur les autres, dans la voie la plus favorable à la santé, jusqu'à l'âge de la puberté; mais, à ce moment, il faiblit souvent et tout le système languit, à moins que les organes de la reproduction n'entrent en complète activité. De la puberté à l'âge critique, la santé de la femme ne peut se maintenir sans que l'influence ovarienne entre en jeu pour une certaine somme. Si l'*aura* ovarienne réagit en faveur de la santé, elle augmente la

puissance du centre nerveux épigastrique, rend les fonctions de nutrition plus énergiques et donne une conscience instinctive de force. Si, au contraire, l'aura ovarienne est insuffisante comme quantité ou défectueuse comme qualité, elle paralyse à moitié le centre ganglionnaire épigastrique et on éprouve des sensations désagréables au creux de l'estomac, un sentiment de faiblesse et de perte de force, allant quelquefois jusqu'à l'évanouissement. C'est souvent une douleur ou des sensations anormales; et fréquemment un état de nutrition défectueuse ou de chlorose, affection généralement liée, il est vrai, à la puberté, mais qui se rencontre parfois pendant la grossesse et la lactation et qui est souvent bien marquée à l'âge critique. Si le stimulus ovarien est insuffisant, il retarde la première apparition de la menstruation, rend le flux irrégulier ou arrête pour quelque temps son retour. Si le stimulus ovarien est trop fort ou défectueux, il réagit avec une énergie morbide sur les autres viscères abdominaux, atteints également, chacun dans leur plexus ganglionnaire et dans leurs ganglions. Il n'est pas étonnant qu'une certaine sympathie puisse s'établir entre des organes semblablement atteints et que, soit à chaque période menstruelle, soit à la puberté ou à l'âge critique, une influence ovarienne irrégulière puisse donner plus ou moins de nausées et de faiblesse, ou de perversion de l'appétit, qu'elle puisse provoquer dans le tube intestinal une sécrétion plus abondante de gaz ou de mucus, déterminant ainsi de la diarrhée; qu'elle puisse amener l'exsudation sanguine de la partie inférieure du tube digestif, augmentant la quantité d'urine sécrétée par les reins et celle des sédiments contenus dans cette dernière, et rendant plus abondante la quantité d'eau exhalée par la peau. Si à chaque époque menstruelle, ou au début, ou à la cessation des fonctions de reproduction, le stimulus ovarien est trop fort ou trop énergique pour les organes abdominaux voisins, il peut survenir de la douleur ou des sensations étranges dans les régions ovariennes ; car, à chaque période menstruelle, pendant la puberté ou à l'âge critique, les douleurs spinales et hypogastriques sont dues à une influence ovarienne irrégulière agissant sur les nerfs splanchniques et spinaux.

Quelques douleurs sont parfaitement compatibles avec une évolution normale de la crise menstruelle, avec son début à la puberté et avec sa disparition à l'âge critique, tandis que, lorsque l'influence ovarienne est défectueuse, comme dans la chlorose, il n'y a souvent pas de douleur. Dans une menstruation imparfaite, l'action ovarienne trop forte ou trop faible, après avoir déterminé de la douleur dans les régions des ovaires, provoque de la souffrance, de l'oppression, ou une sensation dans la région épigastrique, et quelquefois la boule hystérique. Mais l'étendue de l'action ne se borne pas aux ganglions nerveux ou aux nerfs intimement unis avec eux ; du centre des nerfs spinaux le stimulus ovarien agit sur le cordon spinal et développe sa force à tel point que, soit au moment de la crise menstruelle, soit à la puberté, soit à la ménopause, se déclare un état tétanique de tout le système, un état d'irritabilité nerveuse manifestée par une impossibilité de repos, par un état continuel d'agitation, par des crispations ou ce qu'un auteur français a appelé « impatiences organiques », ou par des convulsions hystériques. Il peut se produire un engourdissement d'une partie quelconque de la peau, une anesthésie locale ; une paralysie locale, appelée hystérique chez les jeunes femmes, et parfois une paraplégie ou une hémiplégie. Du fait de la mort, arrivant au milieu de convulsions hystériques sans qu'une lésion ait été découverte dans le système cérébro-spinal, on peut déduire la force du nisus ovarien ou la faiblesse relative du système nerveux. L'influence ovarienne, ayant atteint le centre ganglionnaire, est en communication avec le cerveau par les nerfs pneumogastriques, de sorte que, à chaque époque menstruelle, à la puberté ou à la ménopause, son influence irrégulière peut se manifester, chez la plupart des femmes, par des maux de tête très douloureux, une irritation continuelle, une maussaderie et une humeur capricieuse appelée caractère, par une perversion momentanée du sentiment moral ou par une insanité morale. Chez d'autres, l'action ovarienne exagérée se manifeste par une gaîté ou une tristesse sans motif, par du délire, appelé hystérique, et, très fréquemment, il y a plus ou moins de ce que j'ai nommé pseudo-narcotisme ; dans ce cas, le

trouble des instincts moraux ne dure pas longtemps, mais pèse sur les facultés mentales qui sont, pour quelque temps, comme obscurcies, le cerveau est alourdi, la mémoire moins fidèle, il y a un désir insurmontable de sommeil pendant le jour, même quand la nuit s'est passée à dormir. Cet état du système nerveux a conduit dans quelques cas au coma et à la léthargie.

Tout cela a été énoncé il y a environ vingt ans et a été confirmé par les recherches du professeur Charcot et d'autres auteurs.

Après avoir ainsi brièvement exposé les phénomènes variés qui s'observent dans les degrés successifs de la fonction de reproduction, je peux commencer les recherches sur sa crise terminale.

La fixation de la date de la ménopause est un point de grande importance, car elle indique souvent la marche de beaucoup de souffrances antérieures ou postérieures. Dans le tableau suivant, j'ai placé côte à côte les résultats obtenus à Paris par B. de Boismont et à Londres par le Dr Guy et par moi-même. On verra que, quoique la date de la ménopause varie de la vingt-et-unième à la soixante-et-unième année, on peut généralement la prévoir de 50 à 60 ans (1). Ainsi, sur 181 cas de B. de Boismont, dans 114 la ménopause s'établit de 40 à 50 ans inclusivement; dans 330 cas sur mes 500, elle arriva pendant la même période de dix années ; et dans 250 sur 312 cas du professeur Hannover, au sujet de la ménopause en Danemark, on l'a notée pendant le même intervalle.

Il faut remarquer que la date moyenne de la ménopause est retardée en proportion du nombre des cas, que la moyenne des 1082 cas est quarante-cinq ans neuf mois, et que l'âge auquel un plus grand nombre de femmes cessent d'être menstruées est la cinquantième année, ce qui est confirmé par l'expérience de Mayer, à Berlin, et par celle de Lieven, à Saint-Pétersbourg.

(1) Pétrequin a donné une formule de la cessation des règles, facile à retenir. « La cessation arrive de 45 à 50 pour la moitié des femmes, de 40 à 45 pour un quart, de 35 à 40 pour un huitième, de 50 à 55 pour un huitième » (J. C.)

TABLEAU I.

Dates de la cessation de la menstruation

AGE de la cessation	PARIS Observations de B. de Boismont.	LONDRES Observations du Dr Guy	LONDRES Observations du Dr Tilt	TOTAL des observations
21 ans	2	...	...	2
22	...	...	...	...
23	...	...	...	..
24	1	...	...	1
25	...	...	...	...
26	1	...	...	1
27	1	1	1	3
28	1	1	...	2
29	1	...	...	1
30	...	1	10	11
31	3	...	1	4
32	2	...	4	6
33	...	2	1	3
34	4	1	2	7
35	6	3	6	15
36	7	1	2	10
37	4	5	7	16
38	7	5	6	18
39	1	7	10	18
40	18	33	42	93
41	10	24	17	51
42	7	24	26	57
43	4	23	24	51
44	13	24	23	60
45	13	45	49	74
46	9	34	31	107
47	13	25	42	80
48	8	38	37	83
49	7	25	32	64
50	12	37	49	98
51	4	14	27	45
52	8	13	16	37
53	2	8	9	19
54	5	2	7	14
55	2	1	6	9
56	2	2	4	8
57	2	1	2	5
58	...	..	4	4
59	..	...	1	1
60	1	...	1	2
61	...	...	2	2
Total.. ..	181	400	501	1082
Date moyenne de la menstruation.				
Années	44'0	45'8	46'1	45'7

Ce que l'on sait de la date de la cessation de la menstruation est exposé dans le tableau suivant :

TABLEAU II.

Dates comparatives de la cessation dans différents pays.

PAYS	FRANCE		ANGLETERRE		Allemagne centrale	Danemark	Norvège	Laponie	Russie
	Paris	Rouen	Londres	Manchester					
Nombre de cas	178	190	500	1586	824	312	391	34	100
Date comparative de la cessation	44'0	48'7	46'1	47'5	47'0	44'8	48'9	49'4	45'9
Observateurs:	Brierre de Boismont	Leudet	Tilt	Whitehead	Mayer	Hannover	Faye et Vogt	Vogt	Lieven
Sources d'informations	Traité de la menstruation	Congrès médical de Paris	Ce livre	De l'avortement et de la stérilité	Congrès médical de Paris	Ouvrage sur la menstruation	Congrès médical de Paris	Congrès médical de Paris	Congrès médical de Paris

Il est difficile de comprendre pourquoi il existerait une différence de près de cinq années entre les dates de la cessation de 312 Danoises et de 391 Norvégiennes ; mais la similarité des résultats obtenus par le Professeur Faye et par le Docteur Vogt devrait suggérer à mon ami le Docteur Hannover le désir de rechercher la date de la ménopause en Danemark, sur une échelle plus étendue.

On ne connait rien de positif sur la date de la cessation dans les climats tropicaux. Devons-nous croire l'étudiant en médecine Hindou, qui, en dehors du cercle de ses relations, donna au Docteur Webb (1) une liste de treize femmes hindoues chez lesquelles la cessation se produisit aux dates très tardives que voici ?

(1) *Pathologia Indica*, IIe partie, page 279.

Années	Cas	Années	Cas	Années	Cas
50	1	59	1	65	1
56	2	60	1	67	1
57	1	63	1	68	1
58	1	64	1	70	1

Je ne puis contrôler l'exactitude de cette liste, d'après les sujets qui viennent me consulter ; cependant, la date tardive de la cessation dans l'Inde est rendue probable par le fait que les législateurs Hindous placent la ménopause à cinquante ans, et que, dans le *Koran*, les femmes ne sont considérées comme trop vieilles pour avoir des enfants qu'après avoir passé cinquante-trois ans.

Après avoir ainsi établi la moyenne de l'âge de la ménopause, il reste à considérer de fréquentes exceptions à la règle, en n'oubliant pas cependant qu'une fécondité tardive prouve une menstruation tardive, la dernière menstruation ou plutôt la dernière production du flux sanguin périodique de l'utérus n'implique pas l'ovulation et la possibilité de la conception. Deux fois, j'ai vu le flux menstruel continuer son apparition régulière jusqu'à la soixante-cinquième année, chez des femmes d'une constitution remarquablement forte ; je citerai aussi le cas d'une dame qui fut régulièrement menstruée jusqu'à l'époque de sa mort, à quatre-vingt-quatre ans.

M. Roberton dit : — « Je puis parler avec certitude de trois femmes qui ont eu des enfants à un âge avancé : la première dans sa cinquantième, la seconde dans sa cinquante-et-unième, la dernière dans sa cinquante-troisième année. Dans chaque cas, les menstrues continuèrent jusqu'à l'époque de la conception. » (1) Il cite aussi un cas où la menstruation cessa pendant douze mois vers la cinquantième année, et redevint ensuite régulière jusqu'à la cinquante-septième. M. Davies, mon collègue au dispensaire de Farringdon, a accouché une dame de son treizième enfant, à l'âge de cinquante-trois ans, alors qu'il n'existait plus de flux

(1) Nous avons vu une personne âgée de 53 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, chez laquelle fut pratiquée une opération dans le but de rémédier à une atrésie du méat cervical en rapport avec une dysménorrhée des plus douloureuses. Elle devint enceinte, accoucha à terme, sans accidents, et ne revit jamais plus ses règles. (J. C.)

menstruel ; le Docteur Davies lorsqu'il était à Herfort a publié (1) le cas d'une femme âgée de cinquante-cinq ans, à la naissance de son dernier enfant, et chez laquelle le flux régulier avait continué jusqu'à l'époque de la conception ; le Docteur Meyer, de Berlin, dans sa remarquable communication au Congrès Médical International de Paris, dit qu'il s'est assuré que sur 6,000 femmes, chez vingt-huit, la menstruation continuait à l'âge de cinquante ans, chez dix-huit à cinquante-et-un, chez dix-huit à cinquante-deux, chez onze à cinquante-trois, chez treize à cinquante-quatre, chez cinq à cinquante-cinq, chez quatre à cinquante-six, chez trois à cinquante-sept, chez trois à cinquante-huit, chez une à cinquante-neuf, chez quatre à soixante-deux, chez trois à soixante-quatre, ces sept derniers cas observés dans les classes élevées de la société (2). Ces dates extraordinaires font qu'il semble singulier qu'en Danemark, Hannover n'ait eu à noter rien de semblable, puisqu'il ne cite la cessation exceptionnelle que dans un cas, à cinquante ans, dans deux, à cinquante-et-un, dans trois, à cinquante-deux, dans un, à cinquante-trois et dans un, à cinquante-quatre.

Le Docteur Fordice Barker (3) a pris la peine de discuter la vraisemblance des cas supposés de grossesse à 70 ans, comme l'a rapporté Haller, à 65 d'après Caprorn, à 60 suivant Rusch. Barker a démontré que de tels cas ne sont pas suffisamment prouvés et qu'il n'a pas été possible de trouver un cas authentique de grossesse à une période de la vie plus éloignée que 55 ans, comme dans le cas déjà mentionné du Dr Davies. La période la plus recu-

(1) *Gazette médicale de Londres*, vol. XXXIX.

(2) Ces cas extraordinaires de femmes réglées plus ou moins régulièrement jusqu'à un âge très avancé, nous ont fait soupçonner que l'hémorrhagie, en vertu d'une habitude morbide entretenue par un état congestif, une névralgie lombo-abdominale, une affection pulmonaire ou cardiaque, etc., survivait parfois à l'ovulation sans aucune tendance à un arrêt spontané. Le bien fondé de cette manière de voir nous a été démontré par ce fait, qu'en portant remède à la névralgie lombo-abdominale, à la congestion, etc., l'hémorrhagie mensuelle se suspendait, sans retour. (J. C.)

(3) *Journal médicale de Philadelphie*, 1874.

lée à laquelle une femme peut porter un enfant n'a pas été fixée en Amérique ; mais il a été définitivement établi, en Angleterre, qu'après 55 ans une femme ne peut avoir d'enfant. Le vice-chancelier Malins (1) fit une ordonnance de payement à deux femmes une veuve de plus de 55 ans et une autre non mariée, âgée de 53 ans, qui furent gratifiées d'une somme d'argent à cause de la possibilité d'avoir des enfants. Le vice-chancelier Kindersley décida en 1853 (2) qu'une femme non mariée âgée de 53 ans pouvait être supposée avoir dépassé l'âge de l'enfantement.

(A suivre).

ABLATION DE L'UTÉRUS

Par le Dr O. E. Herrick, grand rapids, Michigan.

—

Cette opération a été faite très fréquemment dans ces deux dernières années, ici et à l'étranger, et les résultats obtenus n'ont pas contribué à la rendre très populaire. soit parmi les médecins en général, soit parmi les gynécologues conservateurs.

La nature même de cette opération la rend plus redoutable et plus terrible, aux yeux de l'opérateur qui regarde sa malade comme une créature humaine et non comme un objet d'expérience scientifique, que sa sœur jumelle, l'oophorectomie à laquelle elle semble devoir tout à coup sa résurection et son impulsion actuelles.

Celle-ci a beaucoup plus de terminaisons fatales que de guérisons et les cas de maladies ou d'états anormaux réclamant une opération qui, à la fois, révolte les sentiments d'humanité de l'opérateur et excite la terreur des personnes qui doivent la subir, sont beaucoup moins nombreux.

L'ablation de l'utérus par le couteau est une opération qui a été pratiquée par les anciens et abandonnée depuis bien longtemps, à

(1) *Journal des lois*, N. S., 380.

(2) Taylor : *Jurisprudence médicale*, vol. II, p. 306.

et Ranvier ont donné le nom de fibrome à ce genre d'hypertrophie. Nelaton avait signalé la différence qui existe entre l'ulcération des tumeurs malignes et celles des tumeurs hypertrophiques ; dans ce cas c'est une perte de substance qui ne bourgeonne pas, c'est une ulcération taillée à pic, entourée d'un bord violacé ; cette tumeur est une affection locale qui guérit ordinairement.

L'opération n'a présenté rien de particulier, et les suites se passent sans complication.

Comme pansement, j'ai employé la suture profonde avec drainage, ce qui s'est fait bien avant Lister, car, en 1868, j'ai présenté à la Société de médecine du Nord, un mémoire sur ce genre de pansement à la suite de l'amputation du sein. La seule différence consistait dans le liquide employé comme désinfectant ; nous nous servions alors du perchlorure de fer au lieu d'acide phénique. A cette époque, j'écrivis à Chassaignac qui m'adressa une lettre que je possède encore, et dans laquelle, il me dit ne rien connaître de semblable en fait de pansement, si ce n'est un cas de Cusco à la suite d une ablation du sein et deux autres cas à la suite d'amputations pratiquées par Jules Roux et Arlaud, à l'hôpital Saint-Mandrier ; et cependant M. Azam a eu la prétention d'en faire une méthode particulière, sous la dénomination de *Méthode de l'hôpital Saint-André de Bordeaux*.

M. Castiaux. Je ne vois pas bien la nécessité de pratiquer une suture profonde à la suite d'une ablation du sein ; avec une suture superficielle et un bandage de corps, il est facile de maintenir le rapprochement des lèvres de la plaie.

Je viens de pratiquer deux ablations du sein : Dans le premier cas, les ganglions de l'aisselle étaient pris, et j'ai dû pratiquer une incision allant jusqu'à ce niveau. J'ai placé un drain dans le fond de la plaie et j'ai pratiqué la suture superficielle avec du fil de fer mince. Les points de suture ont été enlevés le cinquième jour, la réunion était faite, j'ai retiré le tube peu à peu, et la guérison est arrivée sans entrave au bout de quinze jours.

Dans le deuxième cas, les ganglions de l'aisselle n'étaient pas pris ; j'ai pratiqué un pansement semblable, mais au lieu de fil de fer, j'ai employé le catgut, et le résultat n'a pas été satisfaisant. Les points de suture ont provoqué des petits foyers de suppuration, le catgut ne s'est pas ramolli, et tous les fils ont persisté, excepté un seul ; le fil de catgut n'est donc pas toujours résorbé. De plus, je trouve qu'il est difficile à nouer et qu'il se desserre facilement. Pour ces raisons, je sui-

bien décidé à ne plus l'employer et à lui préférer le fil de soie phéniqué ou le fil de fer mince.

M. Paquet. — Il serait bon de savoir d'où venait le catgut employé par M. Castiaux ; c'est qu'il y a en effet des fils de catgut qui se résorbent et d'autres qui ne se résorbent pas et provoquent de la suppuration. C'est ce qui m'est arrivé à la suite d'une opération d'ovariotomie pratiquée à Dunkerque et qui a néanmoins été suivie de succès. Cependant le fil de catgut n° 0 et de bonne qualité doit se résorber. Quant au fil de fer, il est préférable au fil d'argent, parce qu'on peut le tordre davantage sans le rompre. C'est M. Ollier qui le préconisa le premier.

M. Castiaux. — J'ai employé le fil de fer pendant la guerre et je n'ai remarqué qu'un inconvénient, c'est qu'il s'oxyde dans la plaie et cet oxyde peut tatouer la peau, ce qui doit être évité dans les régions visibles.

Quant à mon catgut, il venait de la maison Desnoix. On emploie aussi les crins de Florence, qui sont faits avec des intestins de vers à soie, mais ce produit coûte trop cher.

M. Hallez. — Le fil de catgut doit se résorber dans les sutures profondes, mais dans les sutures superficielles, cette fonte se produit-elle aussi facilement ?

M. Castiaux. — Je laisserais les fils de catgut, dans une suture du péritoine, plus volontiers que dans une suture superficielle ; le péritoine enkyste facilement les fils, comme le prouvent les observations de M. Péan.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 10 *janvier* 1883.

Tératome du sacrum. — M. Heywood Smith présente un fœtus de cinq mois environ chez lequel on voyait une tumeur implantée sur l'extrémité du coccyx, mesurant 8 centimètres de long et 18 centimètres de pourtour. Cette excroissance était constituée principalement par du tissu embryonnaire, des petites cellules rondes et une disposition légèrement fibrillaire.

— Opération de Porro. — M. Heywood Smith présente un utérus enlevé par une opération de Porro. La malade était une primipare

âgée de 20 ans dont le bassin mesurait 43 millimètres ou même moins dans le diamètre conjugué. Cette femme était restée en travail pendant deux jours et l'on avait tenté inutilement de pratiquer la céphalotripsie. L'opération de Porro dura près d'une heure.

M. Fancourt Barnes dit que la modification apportée par Müller à l'opération de Porro constitue une mauvaise méthode qui oblige à faire une incision plus grande et qui rend plus difficile l'application des ligatures. Le procédé proposé par Porro est de beaucoup le meilleur.

Superfœtation. — M. Outhwaite présente un corps qui a l'aspect d'un œuf qui aurait environ un mois de développement intra-utérin et qui avait été expulsé environ trente-six heures après la naissance d'un enfant à terme. Cette pièce a été remise à une commission qui doit l'examiner et faire un rapport.

— Note sur un spécimen d'antéflexion de l'utérus. — M. Griffith lit un mémoire sur ce sujet. Le spécimen dont il s'agit se trouve au musée de Sussex County Hospital, à Brighton. L'utérus était fortement antéfléchi et fixé par des adhérences anciennes ; les parties anciennes étaient agglutinées en une seule masse. La cavité utérine était dilatée en forme de sac de la grosseur d'une amande et contenait des débris de caillots. La malade avait succombé à une péritonite survenue pendant la menstruation. Elle avait toujours joui auparavant d'une très bonne santé ; cependant, elle avait déjà eu une péritonite. Elle était célibataire et ne s'était jamais plainte de dysménorrhée; toutefois, pendant sa maladie, elle raconta qu'elle éprouvait des douleurs à la fin de chaque période menstruelle. La ligne de flexion siégeait au niveau de l'union du col et du corps. Le canal cervical n'était pas rétréci, mais était, au contraire, plutôt dilaté. Il n'y avait pas d'atrophie de la paroi utérine. L'auteur repousse l'obstruction comme cause de la dilalation qu'il croit avoir été produite par une congestion chronique. Il pense que cette pièce est intéressante en ce qu'elle fait voir qu'il peut exister une flexion aiguë de l'utérus sans que cet organe soit atteint dans sa nutrition et sans qu'il y ait de retentissement sur l'état général.

M. Routh n'est pas d'avis que l'on puisse dire, d'après le seul examen de la pièce, que le canal n'était pas rétréci, car la malade était en pleine menstruation et l'on sait qu'à ce moment le canal se dilate, de plus, la cavité utérine présente une ulcération qui peut avoir élargi le canal.

M. Graily Hewitt dit que, sans qu'il y ait de rétrécissement du canal, il pourrait cependant exister une obstruction, par suite de la coaptation des parois opposées, qui sont gonflées par suite de l'état hyperrhémique du tissu utérin, produit par le fait même de la flexion. C'est un fait démontré par la clinique.

— Extirpation de l'utérus et des annexes dans un cas d'épithélioma de la cavité. — M Thornton lit un travail sur ce sujet. Il est d'avis que, comme ces opérations ne sont encore qu'à l'état d'essai, c'est un devoir pour tout le monde de publier les observations détaillées de chaque cas. Cette obligation morale n'a pas toujours été remplie comme il aurait fallu, car on a publié un certain nombre d'observations, au moment de l'opération, sans faire savoir plus tard quels en avaient été les résultats. Entre autres, on a publié un cas comme étant un succès ; et, bien que la malade soit morte un jour ou deux après, ce fait n'a pas été rectifié par le chirurgien.

D'autres cas sont aussi comptés comme des succès, quoique la malade soit morte de récidive quelques mois après l'opération ; mais le chirurgien s'est bien gardé de faire connaître ce résultat Pour lui, il croit qu'il faut s'attendre à une prompte récidive. Il refuse d'opérer la plupart du temps et ne considère comme justiciables de l'opération que les cas où l'affection est limitée à la cavité ou au corps de l'utérus. Il communique ensuite l'observation tout au long d'un cas de ce genre avec tous les détails de l'opération, jusqu au moment où la malade mourut, ce qui arriva cinq jours après l'opération. Il cite des statistiques d'opérations pratiquées par les voies abdominale et vaginale. Dorénavant, il procédera par la voie vaginale et n'emploiera plus de ligature, se bornant à laisser appliquées des pinces à forci pressure pendant les premiers jours. Celles-ci, en même temps qu'elles servent de drain, tendent, par leur propre poids, à rapprocher les surfaces sectionnées.

M. Edis est d'avis que l'on pourrait, dans l'opération abdominale, éviter la pyohémie en extirpant l'utérus par le vagin.

M. Duncan a assisté à trois de ces opérations, qui ont toutes été fatales. Il a été frappé de la facilité plus grande avec laquelle on pratiquait l'opération par la voie vaginale.

Séance du 7 février 1883.

Phlegmon péri-utérin. — M. Griffith présente un specimen de phlegmon rétro-utérin causé par l'ouverture, dans le cul-de-sac de

Douglas, d'un certain nombre de fistules rectales. C'est là un mode de production non encore décrit.

— EPITHÉLIOMA DU COL ENLEVÉ PENDANT LA GROSSESSE SANS AMENER L'AVORTEMENT. — M. GODSON communique l'observation d'une femme âgée de 35 ans qui, depuis douze mois, avait un écoulement jaunâtre, et qui, dernièrement, avait eu des hémorrhagies, ainsi que des douleurs survenant de temps en temps. L'utérus était mobile : le col, augmenté de volume, ulcéré, fut amputé, à l'aide de l'écraseur, quatre jours après la cessation d'une hémorrhagie. Tout se passa très bien, et, neuf jours après, on provoquait l'avortement en introduisant une sonde dans l'utérus, ce qui donna lieu à l'expulsion d'un fœtus de huit semaines. L'auteur fait remarquer que l avortement n'aurait pas eu lieu si l'on n'avait pas introduit la sonde, et conseille d'opérer le cancer à toutes les périodes de la grossesse. Il croit que l'affection cancéreuse constitue une condition favorable pour la fécondation, parce que la malade n'avait pas été enceinte depuis six ans.

(*Journal de médecine de Paris.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

ENCHATONNEMENT INCOMPLET DU PLACENTA.— DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE PRÉCOCE — GUÉRISON.

Par M. Henri CHATELLIER, Interne des hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — Service de M. le Dr BERNUTZ

La nommée Kbrat (Marie-Jeanne), âgée de 19 ans, couturière, entre le 4 mars 1882, salle Sainte-Marie, lit n° 8.

Cette femme est d'une constitution robuste et vigoureuse. Pas d'antécédents morbides. Primipare.

Premières règles à 15 ans. Aucun accident n'a accompagné l'établissement de la fonction cataméniale, qui depuis s'est régulièrement accomplie.

Jamais de douleurs addominales, ni pertes, ni fausses couches, ni inflammations utérines ou périutérines.

Dernières règles du 12 au 15 mai 1881. La grossesse s'est passée très régulièrement et n'a donné lieu à aucun accident. Pas de douleurs, pas de vomissements.

Le samedi 4 mars 1882, vers midi, commencement du travail. Douleurs et contractions utérines violentes.

Rentrée à l'hôpital le soir à 7 heures.

A 10 heures du soir, examen de la parturiente.

Au palper on sent la tête engagée dans l'excavation en OIGA.

Au toucher le col est ouvert dans la grandeur d'une pièce de cent sous. Les bords en sont fermes et presque tranchants. Ils offrent une grande résistance sous le doigt.

Première position du sommet. Pas de rétrécissement du bassin.

Les contractions se succèdent à moins de dix minutes d'intervalle et sont très énergiques.

Le ventre est d'un volume considérable et proémine en avant.

Mais ce qui frappe surtout, c'est la forme qu'il présente.

A la vue, on observe d'abord une saillie ovoïde, volumineuse, située entre les cartilages costaux gauches et l'appendice xiphoïde. Elle se continue sans ligne de démarcation vers l'excavation, dans laquelle elle se perd visiblement.

De plus, dans le flanc droit existe une seconde saillie dans la forme d'un segment de sphère à large rayon. Elle est séparée de la première par un sillon très manifeste qui circonscrit sa base.

Vu de face, le ventre semble avoir trois pôles : un premier sous les cartilages costaux gauches, un second dans l'excavation, et enfin un troisième dans le flanc droit.

A la palpation, sous les fausses côtes gauches, on sent facilement le globe utérin dont les parois se contractent sous la main. Entre les contractions on perçoit manifestement la sensation que donne un siège de fœtus.

Dans l'excavation, les mains reconnaissent une tête en OIGA.

En pratiquant la palpation sur la saillie ovoïde qui descend obliquement des fausses côtes gauches vers le bassin, on a la sensation d'un plan uni, résistant, sans encoche, et allongé de haut en bas, qui répond évidemment à un dos de fœtus. Ce fœtus a donc le dos en avant, le siège sous les cartilages costaux gauches et la tête dans l'excavation en OIGA.

En palpant la saillie qui occupe le flanc droit, on reconnaît qu'elle ne renferme pas de partie fœtale résistante et d'un volume en rapport

avec celui que cette saillie offre à la vue. Cependant, dans l'intervalle des contractions, on peut la déprimer et sentir profondément des membres fœtaux mobiles.

Le bord cubital de la main appliqué dans le sillon qui sépare les deux saillies du ventre y pénètre assez facilement et repousse à gauche le fœtus et à droite la partie globuleuse qui occupe le flanc droit.

Il est impossible d'amener le siège du fœtus dans le globe droit. Il reste invariablement fixé à gauche.

A l'auscultation on trouve un centre de battements cardiaques à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Il est impossible d'en trouver un second dans le pôle qui occupe le flanc droit, ni en aucun autre point du ventre.

Dimanche 5 mars, 9 h. du matin. Les contractions ont persisté toute la nuit sans perdre de leur fréquence ni de leur énergie. Le ventre a toujours sa forme biglobuleuse. Au toucher on sent la tête engagée dans l'excavation, mais la dilatation du col n'a pas sensiblement augmenté. De plus, son contour a conservé les caractères de rigidité et de résistance qu'il avait hier soir.

Bain tiède de 3/4 d'heure.

11 h. Le contour du col commence à céder et la dilatation augmente. Depuis, elle va toujours s'accomplissant régulièrement et d'une façon rapide.

2 h. La rotation est accomplie et la tête commence à franchir le détroit inférieur.

3 h. La tête franchit la vulve et le reste de l'accouchement s'accomplit rapidement. Fille bien conformée, pesant 4 k. 350 gr. ; aussitôt après la sortie du fœtus l'utérus revient sur lui-même et se contracte énergiquement sur l'arrière-faix ; au bout d'un quart-d'heure on se prépare à faire la délivrance.

La main gauche appliquée sur l'hypogastre et déprimant facilement la paroi abdominale, on est immédiatement frappé de la forme qu'affecte l'utérus ; celui-ci est dur et revenu sur lui-même. Au lieu de sentir un globe régulier, comme cela est d'habitude, on a la perception d'un corps dur dont l'extrémité supérieure est manifestement divisée en deux lobes séparés par un sillon.

Le lobe gauche ne remonte pas très haut et se termine en haut par un bord à peu près horizontal ; par son siège, il semble correspondre à cette partie de l'utérus qui renfermait le siège du fœtus.

Le globe droit remonte plus haut que le gauche et se prolonge sous

la forme d'une corne vers la fosse iliaque droite ; il se continue sans ligne de démarcation avec le bord latéral droit de l'utérus ; d'autre part il est séparé du lobe gauche par un sillon très net dans lequel la main pénètre avec facilité. On peut d'ailleurs saisir avec une grande aisance le fond de l'utérus, apprécier le volume des deux saillies qu'il offre et le sillon qui les sépare. Ce second lobe correspond évidemment à la saillie énorme que l'on observait à droite sur le ventre de la femme avant l'accouchement.

Pratiquant alors le toucher vaginal, nous suivons du doigt le cordon légèrement tendu de la main gauche ; à travers l'orifice largement ouvert du col on sent une partie du placenta qui commence déjà à s'y engager, et un peu plus haut, l'insertion du cordon ; le délivre semble décollé : nous saisissons le cordon tout près de la vulve et nous exerçons une tension progressive et continue. Comme, au bout de plus de cinq minutes, rien ne cédait, et que d'ailleurs la femme ne perdait pas, nous nous décidons à attendre encore.

Une demi-heure s'étant écoulée nous procédons de nouveau au toucher abdominal. Le lobe gauche de l'utérus est un peu affaissé ; quant au lobe droit, il est devenu un peu plus saillant, par suite du creusement du sillon qui sépare en deux le fond de la matrice. Celle-ci est d'ailleurs dure et contractée ; au toucher, on sent une partie notable d'un bord placentaire engagé dans le col, et plus haut l'insertion du cordon.

Nouvelle tentative d'extraction placentaire suivant le précepte du professeur Pajot.

Au bout de quelques instants, il semble que le placenta s'abaisse et doive venir ; mais, presque immédiatement, nous percevons quelques petits craquements.

Abandonnant aussitôt les tractions, nous pratiquons le toucher, le doigt sent qu'auprès de son insertion le cordon a perdu de son volume et de sa résistance ; il semble, en s'effilant, être réduit à sa membrane d'enveloppe.

Comme en ce moment, la femme perdait une certaine quantité de sang et que la délivrance ne paraissait pas devoir se faire par les moyens ordinaires, on se décide à introduire la main pour amener le délivre.

Après les soins préliminaires, la main droite est introduite dans les parties génitales.

Saisissant alors la portion du placenta qui a déjà franchi le col, on

le tord légèrement en exerçant une traction progressive ; mais bientôt celui-ci cède sous les doigts, et menace de se déchirer. Pénétrant plus profondément, nous franchissons le col : puis, de nouveau, nous essayons de saisir le placenta pour l'entraîner ; mais il cède encore sous les doigts.

La main est alors introduite plus loin dans la cavité utérine. Elle suit la partie latérale gauche de cet organe, pénétrant entre elle et le délivre, et enfin arrive au fond de la matrice que l'on reconnaît aisément correspondre au lobe gauche du globe utérin.

Nous suivons ce fond de gauche à droite, le placenta n'étant pas adhérent ; puis, la main rencontre vers la droite un contour saillant qui limite un orifice, orifice dans lequel s'engage le placenta et qui a environ 5 à 6 centimètres de diamètre ; trois doigts seulement peuvent franchir cet orifice. Au-dessus, on sent les parois s'éloigner un peu et limiter une cavité en forme de boyau, mais un peu plus large. Chemin faisant, nous décollons le placenta qui en ce point est adhérent. Presque aussitôt un flot de sang s'échappa par la vulve ; mais nous introduisîmes le bras plus avant en nous hâtant de sortir le segment placentaire du diverticule qu'il occupe.

Pour y parvenir, les doigts doivent pénétrer entièrement dans le diverticule, et c'est à peine s'ils peuvent atteindre le fond.

Aussitôt que le placenta est dans la main, nous faisons prendre à la femme un gramme de seigle ergoté en poudre qui a été préparé d'avance.

On retire alors la main entraînant avec elle le placenta. L'hémorrhagie diminue rapidement et cesse même au bout de quelques instants.

Dès lors, tout semble devoir se comporter normalement.

Une heure un quart s'était écoulée entre l'expulsion du fœtus et l'extraction du placenta.

Le surlendemain, la malade fut prise d'un phlegmon du ligament large qui affecta dans sa marche les allures graves du phlegmon septique et nécessita, par mesure de prudence, le transfert dans une salle d'isolement. Cette salle avait été occupée quinze jours auparavant par une autre malade atteinte d'érysipèle de la face. Au bout de trois jours la nouvelle accouchée y est prise à son tour d'un érysipèle qui envahit successivement les membres inférieurs, le tronc, mais respecte la face et les voies génitales.

Enfin, après un séjour de cinq semaines, la malade avait surmonté

les différents états morbides qui s'étaient attaqués à elle, et sortait complètement guérie le 13 avril.

Nous l'avons revue trois mois après son accouchement et elle ne présentait aucune trace des différents accidents auxquels son état puerpéral avait donné naissance.

(*La France Médicale.*)

DES SUITES ÉLOIGNÉES DE L'OVARIOTOMIE

Par le docteur Le Bec, prosecteur des hôpitaux (*in Archives générales de médecine,* numéros de juin et de juillet 1862).

On pouvait penser, *a priori*, que l'ablation d'un ovaire, et surtout des deux ovaires, devait être suivie de perturbations plus ou moins graves dans l'économie de la femme ovariotomisée. Il était aussi permis d'espérer que la castration de la femme adulte jetterait sur l'histoire de la menstruation et de la fécondation une lumière nouvelle. Il n'en a rien été, et les conséquences éloignées de l'ovariotomie, au double point de vue de la santé et des fonctions de la génération, sont encore aujourd'hui à peu près ignorées. L'on ne peut donc que féliciter M. Le Bec, d'avoir entrepris l'étude de ce point délaissé de la clinique chirurgicale. Bien que l'insuffisance des matériaux ait empêché l'auteur de conclure, le mémoire qu'il vient de publier n'en est pas moins très intéressant, tant au point de vue clinique que sous le rapport physiologique.

La menstruation ne paraît pas être défavorablement influencée par l'ablation d'un seul ovaire. Parfois, des règles jusque-là capricieuses, se sont montrées avec une remarquable périodicité à la suite de l'ovariotomie ; ce résultat ne saurait être attribué qu'à l'amélioration de l'état général de la malade débarrassée du néoplasme qui usait et déprimait ses forces.

Pour ce qui regarde l'*abondance* des menstrues, il survient quelque chose de particulier. Peaslee fait, en effet, remarquer que la menstruation, après l'ablation d'un seul ovaire, est aussi régulière qu'avant, bien qu'un peu diminuée en *quantité* et en *durée*.

Dans quelques cas rares, on a vu une hémorrhagie assez peu abondante, se produire périodiquement à l'époque des règles, à travers le pédicule, retenu dans la cicatrice abdominale. Cette particularité

a même été invoquée par Spencer Wells comme un argument en faveur de l'emploi du clamp, et de la non-réduction du pédicule.

L'ablation d'un seul ovaire semble sans influence sur l'intensité des appétits sexuels ; dans quelques cas les désirs vénériens auraient été augmentés, ce qui n'a rien de surprenant étant donnée l'excellente santé qui, par le fait de l'ovariotomie, succède à l'état maladif de la femme dont l'ovaire est kystique.

Comme on devait s'y attendre, la fécondation, tout en restant possible, diminue cependant de fréquence. Quant à cette théorie, démodée déjà depuis longtemps, qui avançait que chaque ovaire présidait à la procréation d'individus d'un seul sexe, l'ovariotomie lui a porté le dernier coup. On a vu, en effet, des femmes privées d'un seul ovaire, le droit ou le gauche, donner le jour à des garçons et à des filles, parfois même à des jumeaux de sexe différent.

C'est surtout les résultats de l'ovariotomie double qu'il importait de connaître pour déterminer s'il existe une corrélation nécessaire et intime entre l'ovulation et l'écoulement menstruel. Des faits multiples plaident en faveur de cette hypothèse que l'ovulation doit précéder l'écoulement du sang. Les filles castrées enfants, citées par les auteurs anciens, celles vues par Roberts dans l'Inde n'avaient pas de règles. Les femmes qui ont subi l'opération de Battey ont perdu leurs règles.

D'une manière générale et d'une façon presque absolue, l'on peut dire que l'aménorrhée est, en quelque sorte, la règle à la suite de l'ovariotomie. M. le Bec a pu s'en assurer par la pratique de ses maîtres et aussi par les faits qu'il a soigneusement recueillis dans les auteurs. Mais cette règle comporte des exceptions. Il est des cas où la menstruation survit à l'extirpation des ovaires. Tel est le cas d'une malade de M. Tillaux, Louise C..., qui, depuis deux ans qu'elle a subi l'ovariotomie double, n'a pas cessé d'être réglée. Ce fait de menstruation périodique, complète et régulière, n'est pas isolé. Pour l'interpréter, les hypothèses n'ont pas manqué.

Hégar en fournit l'explication suivante : « Je ne puis croire facilement au retour des règles après une ovariotomie double, car les sources d'erreurs me semblent trop nombreuses. Un fragment d'ovaire sain ou en partie seulement dégénéré peut être oublié, car le pédicule n'est souvent qu'un produit de l'art. Il en résulte qu'une partie de l'ovaire formant paroi d'un kyste peut parfaitement être oubliée par la ligature et ce fragment permet de retrouver des vésicules de Graaf. Le fait est certain, et c'est ce qui est arrivé à Valdeyer, qui en

rencontra dans un pédicule d'ovariotomie.» Quoi qu'il en soit de l'interprétation, une chose reste acquise, c est qu'après une ovariotomie double, il est exceptionnel de voir la menstruation reparaître, régulièrement, normalement et périodiquement.

Nombreux, au contraire, sont les faits de menstruation irrégulière soit après l'ovariotomie double, soit après l'opération de Battey. L'irrégularité peut porter sur l'abondance, la qualité et la fréquence de l'écoulement sanguin. Parfois tout se borne à un flux peu abondant, durant quelques minutes, et reparaissant à de longs intervalles (dans un cas 83 jours). D'autres fois, les règles se montrent à une ou deux reprises après l'opération, puis tout est fini, la ménopause est complète. On a vu l'écoulement du sang manquer tout à fait alors que les troubles sympathiques qui, d'ordinaire, accompagnent la menstruation, se faisaient sentir. Tous ces faits sont exposés dans un tableau qui peut se résumer dans les chiffres suivants :

Opérées.....	70
Ont revu régulièrement.....	14
— irrégulièrement...	9
— deux fois.....	3
— une fois...	4
N'ont jamais revu.....	38

Parmi les femmes qui ont revu régulièrement, 6 étaient âgées de 20 à 30 ans, 5 de 30 à 40 ans, une est âgée de 19 ans.

Celles qui ont atteint la ménopause étaient âgées de 18 à 47 ans.

A la suite de l'ovariotomie, soit simple, soit double, il n'est pas rare de voir survenir, le plus souvent au niveau de l'extrémité inférieure de la cicatrice, une hernie ventrale.

Cet accident, plus fréquent à la suite de l'application du clamp, tend à disparaître depuis que les chirurgiens ont pris l'habitude de réduire le pédicule.

Dans quelles proportions se produisent les récidives dans le second ovaire ?

Les statistiques ne permettent pas de se faire une opinion à cet égard, et la question posée par Dolbeau, en 1870, devant la Société de chirurgie, reste toujours pendante : Faut-il enlever les deux ovaires à la première opération de crainte d'une récidive ?

Chez une jeune femme on n'enlève, en général, qu'un seul ovaire, afin de lui conserver quelques droits à la maternité. Cependant,

même dans ce cas, si la marche de la première maladie a été prompte, si, à l'opération, on trouve au second ovaire un aspect un peu douteux, le devoir s'impose à l'opérateur de ne pas l'abandonner.

Une double ovariotomie n'a le plus souvent, sur l'état général d'une femme adulte, qu'une influence peu marquée et les modifications qu'elle entraîne à sa suite sont peu importantes et inconstantes.

On a signalé l'atrophie de l'utérus, une tendance à l'embonpoint, la diminution ou l'augmentation des désirs sexuels, le développement du système pileux, des modifications de la voix, etc.

A vrai dire, ces modifications n'ont rien de régulier ni d'absolu, quand l'ovariotomisée est arrivée à l'âge adulte. Mais quand la castration est pratiquée sur une petite fille non pubère, elle modifie profondément le développement ultérieur de l'organisme.

Les anciens nous ont laissé de curieuses histoires sur ces opérations pratiquées sur les petites filles.

Andromytes, roi de Lydie, faisait de véritables eunuques femelles. Le Roi Gygès en usait de même dans le but de leur conserver une jeunesse perpétuelle. Dans les auteurs on trouve racontée l'histoire d'un berger hongrois qui extirpa les deux ovaires de sa propre fille, pour refréner ses instincts libidineux.

Dans les Indes, un médecin, Robert, cité par Hégar, a vu des filles châtrées dont le corps avait subi de profondes modifications. Il signale spécialement l'atrophie des glandes mammaires, la petitesse de la vulve, une étroitesse de l'arcade pubienne, telle que les branches ascendantes de l'ischion arrivent presque au contact. De plus, leurs système musculaire serait très développé et leur embonpoint excessif.

(*Revue médicale française et étrangère.*)

ABLATION D'UN FIBRO-PAPILLOME DE LA VESSIE, CHEZ UNE FEMME

Par Frédéric Thorne.

Bien que publié antérieurement à la clinique de Thompson, ce fait en est en quelque sorte le complément, car il nous montre son procédé opératoire pour enlever les tumeurs de la vessie chez la femme.

Le cas du Dr Thorne se rapporte à une femme de 28 ans, célibataire, auprès de laquelle il fut appelé le 18 juin 1881. Cette malade avait à

deux reprises différentes évacué de l'urine d'une couleur brune très prononcée, sans que sa santé générale présentât la moindre altération bien que l'examen microscopique décélât la présence de l'hématine dans l'urine. Six mois après (janv. 1882) il y eut de l'hématurie accompagnée d'une cystite intense. La vessie fut examinée, mais on ne trouva pas de pierre. Le Dr Thorne songea à un papillome ; mais son opinion ne fut pas partagée par les autres médecins appelés en consultation, qui firent le diagnostic d'une ulcération tuberculeuse de la vessie. Le traitement consista en injections d'alun (1 gr. p. 30) et fut continué jusqu'au mois de mai, le sang se montrant de temps à autre dans l'urine. Celle-ci fut examinée par le Dr Roberts qui constata la présence de cellules fusiformes colorées par l'hématine, et il pensa, lui aussi, à l'existence d'un papillome vésical. Ces deux opinions furent corroborées par la découverte dans l'urine d'un débris charnu sur lequel on distinguait des vaisseaux. L'opération fut alors décidée et elle eut lieu le 11 juillet.

On donne le chloroforme à la malade, l'urèthre est rapidement dilaté et le doigt introduit dans la vessie permet de constater la présence d'une tumeur pédiculée implantée sur la base de la vessie. Le Dr Thorne saisit alors la tumeur avec des tenettes et l'attire avec une partie de la vessie à travers l'urèthre. Il traverse le pédicule à l'aide de deux ténaculum et le sectionne avec des ciseaux. Quelques petits papillomes isolés sont enlevés avec la curette et la surface d'implantation largement abstergée de teinture d'iode Quand l'hémorrhagie fut arrêtée, et la vessie, réintégrée à sa place, on fit des injections d'eau glacée avec dix pour cent de teinture d'iode. A la suite de ces injections, une autre tumeur presque aussi volumineuse que la précédente fut entraînée au dehors. Le volume total de ces deux tumeurs égalait celui d'une paume à jouer. Les suites de l'opération furent simples pendant un mois ; mais, à partir de cette époque, de nouvelles hématuries se montrèrent qui ne cédèrent que devant l'administration à l'intérieur d'acide gallique à la dose de 40 grains (2 gr.40 cent). Ensuite la guérison eut lieu sans encombre. Le Dr Thorne fit examiner la tumeur par le Dr Butlin qui reconnut un papillome à base fibreuse et d'un volume beaucoup plus considérable que ceux que l'on rencontre habituellement. L'auteur termine en recommandant de recourir à la dilatation de l'urèthre quand une femme présente de l'hématurie dont on ne peut reconnaître la cause.

(*Journal de Méd. de Paris.*)

SUTURE DE LA VESSIE

Par le Professeur G. Julliard, de Genève.

Cet habile chirurgien, dans une opération d'ovariotomie, eut le malheur de déchirer la vessie, dont la paroi postérieure très friable adhérait au kyste. La suture immédiate de l'organe ouvert dans le péritoine était la seule chose à faire.

Partant de ce fait que, lorsque deux séreuses sont bien adossées, l'adhérence est très rapide, il employa la suture de Lembert comme dans l'entérorrhaphie. Les aiguilles furent introduites à 1 centimètre de la solution de continuité, pour ressortir dans la plaie vésicale au-dessus de la muqueuse. Cette dernière fut soigneusement évitée, de peur que l urine ne pût s'infiltrer le long des fils et faire échouer la réunion.

Il y eut quinze points de suture ; un fil fut placé au delà de chacun des angles de la plaie, de façon que l'adossement les dépassait d un centimètre ; point essentiel, d'après l'auteur, car c'est aux angles de la plaie que la réunion a le plus de tendance à manquer.

M. Julliard se servit de catgut, bien qu'on lui reproche de n'être pas solide. En effet, le principal est obtenir un bon adossement des surfaces séreuses, et la réunion se fait rapidement ; le catgut est bien assez solide pour atteindre ce but, et il a l'avantage de se résorber. Entre les mains d'autres auteurs, la suture a manqué, bien qu'elle fût faite avec des fils de soie.

Pour empêcher le contact de l'urine avec la plaie, M. Julliard mit d'abord une sonde à demeure, et pratiqua le cathétérisme intermittent à partir du sixième jour. Il se garda de faire des injections dans la vessie.

La malade guérit sans accidents, et mourut six mois plus tard d'un carcinome du foie. A l'autopsie, on trouva sur la paroi postérieure de la vessie la cicatrice de la suture, sous la forme d'une ligne d'un blanc nacré ; la vessie était souple et normale, il n y avait pas trace des fils de catgut.

Conclusions de l'auteur : 1° La suture est le meilleur traitement des déchirures de la vessie ;

2° Elle doit être faite par le procédé de Lembert, comme dans l'entérorrhaphie ;

3° Par son moyen, les plaies vésicales les plus étendues sont susceptibles de guérir par première intention sans qu'il en résulte aucun accident ni primitif ni secondaire. (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 1, 15 janvier 1883.)

CORPS FIBREUX UTÉRIN. — SEPTICÉMIE A FORME GANGRENEUSE. MORT.

Par M. GIRAUDEAU, interne des hôpitaux.

Marie P..., âgée de 42 ans, entre le 23 mai 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolle, lit n° 15, dans le service de M. le professeur HAYEM.

A l'âge de 24 ans, cette femme, d'une bonne santé habituelle, bien réglée jusqu'à cette époque, fut prise d'ascite qui nécessita bientôt une première ponction. Le liquide qui s'écoula était clair, mousseux et pouvait être évalué à environ huit litres. A la suite de cette première ponction, le liquide se reproduisit très vite, si bien qu'en l'espace de dix-huit mois on pratiqua une quinzaine de ponctions dont la malade porte encore les traces au côté gauche de l'abdomen, sous forme de petites cicatrices blanches. L'état général était cependant relativement bon ; après chaque ponction, elle reprenait ses occupations pendant quelques jours. A deux reprises, elle eut des métrorrhagies assez abondantes, mais qui ne reparurent plus. Au bout de dix-huit mois, le liquide ascitique cessa de se reproduire et la malade se considéra comme guérie. Son ventre, cependant, resta dur, volumineux, mais elle n'y prit pas garde. Mariée à trente ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Sa santé resta excellente jusqu'au 15 mai 1882. A la suite d'un effort, elle éprouva une vive douleur dans l'abdomen, bientôt elle fut prise de frissons multiples, de vomissements bilieux, et elle fut obligée de garder le lit. Ces symptômes n'ayant fait que s'aggraver, on l'emporta à l'hôpital le 23 mai, c'est-à-dire huit jours après le début des accidents.

A cette époque, la fièvre était intense, la face rouge, vultueuse, la langue rouge et sèche ; il existait, en outre, quelques vomissements jaunâtres peu abondants et une dyspnée assez prononcée que l'examen de la poitrine n'expliquait pas. Le ventre était peu ballonné et peu douloureux à la pression. Celle-ci permettait de constater, dans la moitié inférieure de l'abdomen, une tumeur dure, nettement circonscrite, s'enfonçant en bas, derrière le pubis, et remontant dans l'hypochondre gauche à trois travers de doigts de l'ombilic. Le palper abdominal et le toucher vaginal combinés permettaient de s'assurer que cette tumeur était développée aux dépens de l'utérus. Le col, refoulé en arrière, était conique comme chez les primipares, son orifice inférieur

n'était pas entr'ouvert ; à travers le cul-de-sac vaginal antérieur, on sentait une masse volumineuse faisant corps avec l'utérus. Les mouvements communiqués à l'utérus étaient peu étendus, limités par des adhérences et douloureux. Pas d'écoulement par le vagin. Les urines étaient rares, très colorées, contenaient une grande quantité d'albumine, mais *pas de sucre*. Le pouls est fréquent, 110, petit ; la température est de 39°.5.

24 *mai*. Etat général plus grave, abattement ; pas de délire, vomissements persistants, mais peu abondants ; soif vive, frissons répétés, T. R. 40°. Sulfate de quinine 2 gr. en 4 paquets. *Soir*. Nous constatons sur la face antérieure de l'avant-bras gauche l'existence de deux plaques rouges, larges de 4 à 5 centimètres, douloureuses à la pression, s'effaçant entièrement lorsqu'on les comprime. Subdelirium.

25 *mai*. Fièvre très forte ; T. 40°,5 ; délire, les vomissements ont cessé. Toute la partie antérieure de l'avant-bras gauche est rouge sombre ; au niveau du poignet, il existe une plaque violacée, gangrenée, sans tuméfaction ; le pouls a disparu au poignet et au pli du coude, on le retrouve difficilement dans l'aisselle ; la sensibilité cutanée est nulle dans toute l'étendue du membre supérieur gauche. A droite, à la face antérieure de l'avant-bras, on constate l'existence de deux ou trois plaques rouges, sans saillie, au niveau desquelles la sensibilité est conservée ; ces plaques sont en tout point semblables à celles qui existaient, la veille au soir, sur l'avant-bras gauche. Au-dessus de la malléole interne droite, on trouve en outre une plaque de 4 centimètres de diamètre, identique à celles que nous venons de décrire.

A 11 heures, c'est-à-dire deux heures après la visite du matin, tout l'avant-bras gauche est violacé et froid, les battements ne sont plus sentis dans l'aisselle, les veines sous-cutanées, dilatées, apparaissent sous forme de cordons bleuâtres. M. Kirmisson, appelé par M. Hayem, pratique au niveau de la plaque gangrenée une incision longitudinale qui n'est pas perçue par la malade et qui ne donne issue ni à du pus, ni à du sang, ni à des gaz. Le derme et le tissu sous-cutané sont d'un rouge sombre, l'aponévrose est brunâtre. A droite, les plaques ont augmenté d'étendue, elles sont d'un rouge plus sombre, la sensibilité et le pouls sont conservés de ce côté. Rhum, 200 gr.

A quatre heures de l'après midi, la malade est dans le coma complet, la température rectale est de 40°,5 ; les membres supérieurs et inférieurs sont froids, les plaques gangrenées remontent jusqu'aux

bras, le pouls n'est plus perçu ni à droite ni à gauche, les bruits du cœur sont tumultueux et sourds. — A six heures du soir, mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les anses intestinales reliées entre elles par des adhérences fibreuses anciennes, mais il n'existe de pus nulle part.

L'*utérus* présente un volume considérable, son col est sain, mais, au niveau du corps, on constate la présence d'un corps fibreux interstitiel, du volume d'une tête d'adulte, occupant surtout la moitié gauche de l'organe et recouvert par le péritoine très épaissi et très adhérent. Cette tumeur, calcifiée dans la majeure partie de son étendue, présente dans son intérieur de vastes sinus tortueux, à parois calcaires, contenant une matière sanieuse brunâtre, demi liquide et tenant en suspension de petits corps brunâtres dont le volume varie depuis celui d'un grain de sable jusqu'à celui d'un pois. Parmi ces derniers, quelques-uns adhéraient à la paroi du sinus. Examinés au microscope, il semblent formés par de l'hémoglobine altérée.

Les veines utérines et iliaques internes contiennent du sang noirâtre, poisseux et communiquent en un point manifestement avec l'un des sinus que nous venons de décrire.

Le *foie*, recouvert par une coque fibreuse épaisse, est mou et flasque, ses dimensions et sa coloration sont normales. Les *reins* sont tuméfiés, blanchâtres, la capsule s'enlève facilement et en se détachant entraîne une partie de la substance corticale. Celle-ci est augmentée de volume, d'un blanc jaunâtre ; les pyramides de Malpighi, au contraire, sont violacées. La *rate* est tuméfiée et diffluente.

Les *poumons* sont congestionnés dans toute leur étendue, mais ne présentent ni infarctus, ni abcès. Les *plèvres* sont saines, ainsi que le *péricarde*. Le *cœur* est peu volumineux, le ventricule droit contient quelques caillots noirâtres post-mortem, les valvules sont saines.

Au niveau de l'*avant-bras gauche*, les *muscles* de la région antérieure sont mous, d'une coloration brun foncé, ils se laissent facilement déchirer. Les *nerfs* sont congestionnés et dans l'épaisseur du nerf médian on trouve par places des ecchymoses interstitielles. Les *artères* sont vides de sang, elles ne contiennent aucun caillot, leur tunique interne est fortement colorée en rouge, les *veines* contiennent des caillots gelée de groseille, mélangés à des gaz qui les distendent, leur membrane interne est violacée. Le *tissu cellulaire* sous-cutané et intermusculaire est infiltré de sérosité roussâtre. A l'avant-bras droit ainsi qu'à la jambe droite, les muscles sont infiltrés par une matière

gélatineuse, jaunâtre, que l'on retrouve également dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les *articulations* sont saines.

Réflexions. — Plusieurs points dans cette observation nous ont paru dignes d'être relevés. En premier lieu, signalons la marche peu habituelle de ce fibrome utérin qui, après avoir donné lieu, pendant près de deux ans, à de l'ascite ayant nécessité un grand nombre de ponctions, ne révéla son existence, pendant de longues années, par aucun symptôme important. Puis, plus tard, l'apparition d'accidents septicémiques, aussi graves, aussi rapides que ceux présentés par notre malade, est elle-même une exception. On peut en dire autant du mécanisme de cette septicémie, qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, a eu son point de départ dans l'ouverture de ce sinus utérin plein de matière sanieuse, dans l'une des veines utérines, ouverture qu'il était facile de constater à l'œil nu. Enfin, la forme elle-même de cette septicémie est extrêmement rare ; sans parler des frissons, de la fièvre, des symptômes généraux graves qui existaient ici comme dans toutes les septicémies aiguës, nous désirons attirer plus particulièrement l'attention sur cette marche presque foudroyante de la gangrène qui, en l'espace de vingt-quatre heures, avait envahi les quatre membres. A quelle cause l'attribuer ? A une embolie artérielle ? A une thrombose artérielle ou veineuse ? Mais nous avons vu qu'à l'autopsie il avait été impossible de retrouver dans les vaisseaux des caillots autres que des coagulations post mortem ; cependant, nous devons dire que l'absence de pouls radial avait fait pencher un instant le diagnostic vers cette hypothèse. A une lymphangite suraiguë à forme gangreneuse, présentant quelque analogie avec celle qui a été étudiée récemment par M. Jalaguier ? Mais, ici, le point de départ de la septicémie est un organe central, n'ayant aucun rapport anatomique avec la circulation lymphatique des membres, ici la lésion primitive est unique ; au contraire, les manifestations gangreneuses sont multiples et dispersées sur divers points du corps ; enfin, il n'existait ni traînées rouges suivant le trajet des lympathiques sous-cutanés, ni engorgement des ganglions épithrochléens et axillaires. Il semble donc plus rationnel d'admettre que nous avons eu affaire ici à un cas de *gangrène septique*, *gangrène par altréation du sang* comparable, par son origine et sa marche, à celles que l'on constate dans certaines intoxications et sur lesquelles Maisonneuve, l'un des premiers, et plus récemment M. le professeur Verneuil, ont attiré l'attention. (*Le Progrès médical.*)

DE LA CURE RADICALE DE LA CHUTE DE MATRICE,

par le Docteur E. Muller.

(Communication faite à la Société de médecine de Strasbourg, le 2 novembre 1882.)

Le prolapsus utérin constitue pour les femmes une maladie incommode qui, sans compter les tiraillements lombaires et pelviens et les autres douleurs ou les accidents hystériques qu'elle provoque, les empêche d'agir librement, de faire des efforts et de se livrer aux divers exercices du corps. Elle est d'autant plus fâcheuse qu'elle est incurable sans l'intervention de l'art.

Abandonné à la nature, un prolapsus utérin tend à augmenter constamment ; d'un côté les intestins remplissent le vide laissé par l'utérus dans le bassin et empêchent cet organe d'y rentrer en occupant sa place, tout en continuant à l'abaisser par la pression qu'ils exercent sur lui ; tandis que, d'un autre côté, le prolapsus du vagin est aggravé journellement par les efforts de la défécation. La présence même de l'utérus sur un point étranger, en quelque sorte à cet organe, provoque des efforts expulsifs qui aggravent sans cesse le mal.

Dans la chute utérine par abaissement simple, sans hypertrophie, la réduction est généralement assez facile. Malheureusement elle ne persiste pas ; le difficile n'est pas de réduire la tumeur, mais de la maintenir réduite. Les moyens contentifs mécaniques se sont tellement multipliés, qu'il suffirait de les énumérer pour trouver dans la longueur même de cette liste la meilleure preuve de leur insuffisance.

Le contact de ces corps étrangers sur la muqueuse vaginale, l'embarras que leur volume cause dans l'excavation pelvienne, l'irritation, les sécrétions pathologiques et les autres altérations de tissu auxquelles leur présence donne lieu, les soins de toute espèce auxquels leur introduction et leur entretien astreignent les femmes, la difficulté de leur application par les malades elles-mêmes, les chocs ressentis dans les mouvements par les organes voisins, les compressions douloureuses auxquelles il faut condamner d'autres parties pour les assujettir eux-mêmes, les entraves qu'ils multiplient autour du tronc et des membres, et qui gênent les mouvements, tout concourt à démontrer dans ces moyens un état d'imperfection qui les rend intolérables à bien des malades. Aussi faut-il les retirer fréquemment du vagin, non seulement pour y entretenir une grande propreté, mais pour laisser reposer l'organe. Dans certains cas on a pu dire qu'une

chute de l'utérus et un pessaire font au total deux infirmités. Enfin ces pessaires, qui sont d'un usage fort incommode, ont pour effet une cure simplement palliative.

Pour obtenir la cure radicale, il faudrait pouvoir agir sur les ligaments suspenseurs et raccourcir les ligaments distendus et trop longs. L'impossibilité d'agir efficacement, par ces moyens, sur les éléments morbides auxquels ils s'adressent, a fait songer aux opérations curatives.

La cure radicale consiste dans les modifications imprimées au vagin, à la vulve et au périnée par des opérations, dans le but d'exercer sur l'utérus réduit une contention naturelle et permanente (1).

En général, il se présente à nous peu de cas dans le stade moyen du prolapsus. Ou bien il s'agit de malades peureuses, qui s'observent et qui recherchent déjà le secours du médecin quand il se forme une rétroversion ou quand la paroi vaginale antérieure commence à s'abaisser, ou bien il s'agit de malades pauvres, indifférentes, qui ne sont effrayées par le prolapsus que quand il se trouve hors la vulve. Mais alors il y a aussi inversion de la voûte vaginale postérieure, et le temps est passé pour un pessaire de Hodge.

On se convainc bientôt qu'un pessaire ne retient le prolapsus complet que de deux manières. Ou bien on choisit le pessaire si grand, qu'il écarte vers la périphérie tous les organes pelviens ; il distend le vagin comme un gros ballon et améliore l'état d'une manière palliative par la dilatation violente de ce canal, mais l'aggrave souvent comme résultat définitif. Ou bien le pessaire fait l'office de verrou à la vulve comme le pessaire de Zwanck. Alors évidemment rien ne peut traverser la vulve ; mais il n'est pas possible de songer à une guérison, à une restitution intégrale.

C'est pour cela qu'il était logique de faire des essais, de procéder d'une manière rationnelle pour trouver une méthode qui donnât des guérisons durables. Mais cela n'est possible que par une méthode opératoire, et il est étonnant que toutes les tentatives de ce genre soient de date si récente. Ainsi Kilian, en 1856, se moque encore de Mende et d'Osiander, qui songeaient déjà au traitement opératoire en principe, et les appelle des praticiens trop ardents (2).

Grâce aux opérateurs plus récents, l'opération du prolapsus a at-

(1) Courty, *Traité des malades de l'utérus*, 3e édit., 1879.
(2) Fritsch in Pitha, etc. Billroth, IV, 81, 1881.

teint un degré de perfection tel qu'on peut promettre un succès certain. Grâce à l'antisepsie, les dangers ont à peu près disparu. *Il est donc rationnel d'opérer chaque malade atteinte de prolapsus.*

Pour toutes les opérations, il est une chose très importante, savoir si une opération est déjà populaire ou non. Aujourd'hui on sait partout qu'on peut faire l'opération de l'ovariotomie.

Les malades viennent des pays les plus reculés pour chercher à être débarrassées de leur mal. Il n'en est malheureusement pas encore ainsi pour les opérations de prolapsus. Le plus grand nombre des malades ne savent pas du tout qu'il est possible de les guérir par une opération. Le mot d' « opération » effraie bien des malades. Et la conscience qu'il ne s'agit pas d'une affection dangereuse pour la vie, mais seulement désagréable, ne fait pas regarder aux laïques la nécessité de cette opération comme aussi urgente que le cancer ou l'hydropisie ovarique. Importante est ici la célébrité de l'opérateur. Comment arriverait-il sans cela qu'un opérateur compte ces cas par douzaines tous les ans, tandis qu'un autre a de la peine à décider quelques femmes à l'opération ? Ceci a l'avantage que ceux qui sont appelés à opérer souvent, peuvent essayer les différentes méthodes opératoires, les comparer, les améliorer et les compléter. Ceux qui ont moins souvent à faire l'opération, n'ont pas besoin de suivre cette voie longue et difficile. Ils acceptent la méthode reconnue la meilleure par l'expérience de ceux qui l'ont appliquée à des centaines de cas.

Après Simon, le créateur de la gynécologie plastique allemande, c'est Hegar qui a toujours de plus en développé les méthodes opératoires.

L'épisiorrhaphie, qui consiste à ne suturer que la vulve (Fricke) ou encore l'orifice vaginal (Malgaigne, Baker Brown), ne cherchait qu'à fermer le trou qui permettait à la matrice de sortir. Elle transformait la chute complète en une descente. Elle n'avait nullement pour but une guérison rationnelle, mais seulement un secours palliatif ; elle mettait un pessaire organique à la place du pessaire mécanique qu'on avait reconnu comme nuisible.

On fit un pas en avant, en reconnaissant l'insuffisance de ces méthodes et en cherchant à opérer plus haut. On voulut de nouveau fixer le vagin relâché aux couches sous-jacentes, le rendre plus rigide et plus ferme, et le rétrécir.

C'est ce qu'on chercha à obenir par la ligature, par les caustiques, par le pincement.

On fit un grand pas en avant, en cherchant à rétrécir le vagin, en dé-

tachant de grands lambeaux et en suturant directement la plaie. C'est ainsi qu'on excisa un lambeau de la paroi antérieure du vagin (Marshall Hall) ou de la paroi latérale et qu'on sutura (élytrorrhaphie antérieure et latérale). Ces méthodes ne sont plus guère employées de nos jours comme opérations indépendantes. Il se présente rarement des cas où la paroi vaginale antérieure fasse seule hernie, c'est-à-dire où l'utérus garde sa position normale, malgré un prolapsus considérable d la paroi antérieure du vagin existant depuis des années. Dans ce cas, sans doute, l'élytrorrhaphie antérieure seule pourrait amener une guérison complète.

En général, si on a formé un nouveau périnée, même un plus grand qu'auparavant, la paroi vaginale antérieure prolabée est retenue en haut. Pourtant la paroi vaginale peut arriver à une distention si colossale, que la cicatrice postérieure, formée par la kolpopérinéorrhaphie, peut paraître insuffisante. Dans des cas pareils de prolapsus complet, on fait encore souvent l'élytrorrhaphie antérieure comme opération accessoire et préliminaire. Cette opération sert donc aujourd'hui surtout à diminuer la surface du vagin, et est une opération auxiliaire de la kolporrhaphie postérieure qu'on fait principalement. On la fait en détachant de la paroi antérieure du vagin une large surface ovale et en suturant du haut en bas. On peut placer les points de suture avant de détacher le lambeau.

Les idées de Huguier, qui appartiennent à cette époque, ne restèrent pas non plus sans influence sur les méthodes opératoires. Hugier regardait l'allongement du col comme la principale cause du prolapsus. C'est à ces idées qu'il faut attribuer que pendant quelque temps l'amputation du col était regardée comme une opération préalable, nécessaire, qu'on espérait même obtenir une guérison complète du prolapsus par l'amputation du col. Aujourd'hui on commence à s'émanciper de plus en plus de ces idées, et on a trouvé que l'hypertrophie secondaire disparaissait aussi secondairement après la guérison du prolapsus.

Simon, qui fut un régénérateur de la gynécologie opératoire, fit entrer l'opération du prolapsus dans des voies nouvelles. Il inventa la kolporrhaphie postérieure. D'abord on n'avait fait que suturer la plus grande partie de la vulve, ensuite on avait rétréci le vagin. Simon ne voulut pas seulement faire du prolapsus complet une descente, mais il voulut retenir l'utérus aussi haut que possible. « La réduction sera d'autant plus parfaite, qu'on parviendra à rétrécir le vagin plus haut. »

Ce principe contient l'idée fondamentale de l'opération de Simon.

Simon avivait sur la paroi vaginale postérieure et la vulve une surface trapézoïde, dont la base à la commissure mesurait 5 à 6 centimètres, ainsi que la hauteur dans le vagin. La suture produisait dans la partie inférieure du vagin une forte cicatrice qui empêchait l'utérus de descendre. Simon voulait donc remonter l'utérus beaucoup plus haut qu'on ne l'avait fait avant lui. La matrice devait reposer sur la cicatrice comme sur un piédestal.

Hegar perfectionna cette méthode, et son procédé fut encore un progrès. Il fut le premier qui prit les rapports anatomiques comme base de sa méthode.

Si l'on réfléchit aux possibilités qu'on a pour amener la cure radicale d'un prolapsus complet de l'utérus, on arrive aux considérations suivantes : toutes les interventions par en haut sont impossibles en attendant. La laparotomie, pour fixer l'utérus dans la plaie abdominale, est trop dangeureuse (*initium sapientiæ timor peritonæi*). Il ne reste donc que l'intervention par en bas. Le simple rétrécissement par suture de la vulve et de la partie inferieure du vagin ne donnait pas de succès, et transformait tout au plus un prolapsus complet en une descente. La manière dont le vagin contribue à maintenir l'utérus en position normale, consiste en ce que le vagin normal tient le col éloigné de la vulve, et s'engage entre le col et la vulve. Si les moyens de fixité supérieurs de la matrice étaient intacts, et si l'utérus se trouvait à sa place normale, le vagin pourrait être lâche. Mais si les moyens de fixité superieurs sont relâchés et que l'utérus se trouve dans l'axe du bassin, il faut nécessairement que le vagin s'affaisse, se raccourcisse et se mette peu à peu en inversion.

Il faut fixer dans le vagin relâché un soutien solide, qui lui communique de la force de résistance. Le vagin relâché est fixé à une cicatrice solide qui rend les déviations et les flexions impossibles. Ce n'est pas le trou par lequel l'utérus fait prolapsus, qu'il faut fermer (Fricke, Malgaigne), ce n'est ni une barrière (Baker Brown), ni un piédestal ou un soutien pour le col (Simon) qu'il faut faire, mais entre le col et la vulve il faut intercaler une cicatrice solide, qui empêche le col de se rapprocher de la vulve. Si on réussit, en effet, à tenir ces deux parties écartées, le problème est résolu.

Il est donc important que la cicatrice solide commence le plus près possible du col et qu'elle aille jusqu'au périnée inclusivement. L'opération est naturellement complétée si, en cas de distension considéra-

ble de la paroi vaginale, outre cette cicatrice, il y en a encore qui rétrécissent la lumière du vagin à d'autres endroits, tant en avant, en cas de cystocèle considérable, que latéralement en cas d'inversion totale du vagin.

Pour atteindre ce but, Hegar, que nous avons pu assister pendant quelque temps à Fribourg, avive sur la paroi postérieure du vagin un grand triangle dont l'extrémité supérieure va jusqu'à une distance de 20 à 25 millimètres de l'insertion du vagin sur le col et dont la base inférieure courbe se trouve à la commissure postérieure. On rapproche les bords opposés de la plaie par des points de suture, et, par la soudure des surfaces réunies, on obtient une bande cicatricielle ferme et dense, qui occupe presque toute la longueur de la paroi vaginale postérieure. Le vagin n'est pas seulement rétréci, mais il est encore rigide et épais.

Schrœder, que nous avons également eu l'avantage de suivre pendant quelques mois dans ses opérations à Berlin, fait la même opération, mais les côtés latéraux de son triangle d'avivement sont concaves, de sorte que la surface d'avivement de l'orifice vaginal devient un peu plus grande. Le vagin prend ainsi une direction toute normale.

Le Fort fit le cloisonnement médian antéro-postérieur du vagin. Il fit successivement sur les parois antérieure et postérieure du vagin deux avivements de 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur, portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve. Il réduit l'utérus assez pour mettre en contact les extrémités utérines de ces deux surfaces d'avivement et applique sur ce bord transversal trois points de suture. Puis, de proche en proche, il suture les bords latéraux, passant sur chacun d'eux le fil de la paroi vaginale antérieure à la paroi vaginale postérieure.

Cette opération n'est pas applicable dans tous les cas, car un accouchement déchirerait probablement le pont cicatriciel. En outre, elle n'a pas encore été faite assez souvent, de sorte qu'on ne connaît pas encore assez de résultats définitifs.

Enfin l'opération la plus radicale est l'amputation de toute la matrice, qui fut faite par Choppin et par M. Langenbeck. Cette opération est justifiée s'il y a complication de tumeur maligne ou de gangrène de l'organe.

P. Müller (de Berne) a fait récemment, dans deux cas où le prolapsus était compliqué de fibroïdes utérins, la laparotomie avec extirpa-

tion de la matrice, pour guérir radicalement le prolapsus en fixant le pédicule dans la plaie addominale.

Mais c'est l'opération de Hegar qui est la plus rationnelle et la meilleure.

Hegar a fait 160 fois son opération ; la réunion par première intention a manqué rarement. Il a revu beaucoup de ses opérées 4 à 10 ans après et les a encore trouvées complètement guéries de leur prolapsus, quoique la plupart d'entre elles se soient livrées à des travaux pénibles. Sur 11 opérées accouchées dont il eut des nouvelles, il n'y eut de récidive que dans deux cas. Les récidives après accouchement sont du reste dans la nature des choses. Aussi bien que le vagin déchire facilement chez une primipare, de même aussi cela peut arriver après l'opération du prolapsus. Il est étonnant que cela n'arrive pas plus souvent à un degré tel que le prolapsus se reproduise. En tout cas il faut que l'opérée se fasse bien assister dans un accouchement pour se faire bien soutenir le périnée.

De toutes les opérations proposées, la kolpopérinéorrhaphie est théoriquement préférable ; c'est donc à elle qu'il faut recourir lorsqu'on croit devoir chercher dans une opération la cure radicale de ses malades. En cas de cystocèle considérable, on fera en même temps la kolporrhaphie antérieure. Si on n'a pas fait cette dernière et que la cystocèle n'a pas cédé à la kolpopérinéorrhaphie, on y ajoutera, après coup, la kolporrhaphie antérieure. Si l'allongement hypertrophique du col complique le prolapsus, on en pratique la résection. Si on ne fait pas ces trois opérations en une séance, il faut mettre un intervalle aussi long que possible de l'une à l'autre.

Les opérations curatives ont eu jusqu'à présent peu de crédit en France, et encore en 1877 la communication du procédé de Le Fort donna lieu, au sein de la Société de chirurgie, à une discussion où le procès fut fait à toutes les méthodes opératoires préconisées contre la chute de l'utérus. Mais depuis qu'avec les précautions antiseptiques on obtient un succès presque certain, cette opinion doit être changée, car c'est une des opérations les plus bienfaisantes et les moins dangereuses de la gynécologie, contre une affection dont les symptômes fonctionnels empoisonnent trop souvent l'existence des malades.

L'observation suivante ajoutera un nouveau témoignage en faveur de la guérison possible de cette triste infirmité.

Chute complète de la matrice impossible à retenir avec un pessaire. Kolpopérinéorrhaphie faite par le docteur E. Müller. Guérison.

Philippine H., 44 ans, née à Haguenau, coiffeuse à Strasbourg, n'ayant pas de symptôme anormal du côté du cœur, fut prise le 22 septembre 1882 d'une attaque sans perte de connaissance suivie d'une paralysie du bras gauche. Cherchant quelle pouvait être la cause qui entretenait l'éréthisme nerveux dont elle était affectée, nous trouvâmes que c'était probablement la chute de matrice dont elle était atteinte depuis 20 ans, à la suite d'un accouchement sans secours suivie d'une forte déchirure du périnée. La malade était sans doute prédisposée au prolapsus par hérédité, puisque son père était porteur de hernies, dont une complication le fit succomber.

La matrice se trouvait hors du vagin, dépassant la vulve, et pendant entre les cuisses : elle formait une tumeur arrondie, volumineuse, épaissie, desséchée, ulcérée. Les lèvres du museau de tanche étaient hypertrophiées. La cavité utérine ne mesure que 8 centimètres.

Le 24 septembre, je réduis la tumeur assez facilement, en refoulant la matrice dans l'excavation pelvienne. La malade reste couchée, et les selles sont entretenues régulièrement au moyen de lavements simples. La malade évite tout effort, et la tumeur reste réduite.

En présence des douleurs abdominales et lombaires qu'éprouvait la malade en se tenant debout et en marchant, et de l'éréthisme nerveux que cet état entretenait, nous lui proposâmes l'opération radicale, qu'elle accepta.

Le 26 septembre, période menstruelle durant jusqu'au 2 octobre. A cause du gonflement et des ulcérations du prolapsus, nous faisons coucher la malade pendant toute sa période menstruelle.

4 octobre, à jeun, 2 verres d'Hunyadi suivis de 2 selles. Bain de siège, dans lequel la malade se savonne les parties génitales, injections vaginales avec de l'eau phéniquée à 2,5 %.

5 octobre. Lavement simple suivi d'évacuation, répétition du bain de siège et des injections vaginales phéniquées. Administration de 2 gr. de bromure de potassium pour rendre l'anesthésie plus facile. Je fais transporter chez la malade mon fauteuil-table à explorations gynécologiques, auquel j'ai fait appliquer des montants pour soutenir le genou. La patiente est chloroformée par M. Kaltenthaler et couchée sur le fauteuil dans la position de la taille. Notre confrère Karth, in-

terne des hôpitaux de Paris, voulut bien nous assister, et nous procédons à la kolpopérinéorrhaphie.

Après avoir lavé, savonné, rasé, brossé et phéniqué la vulve avec la solution phéniquée à 5 %, je fais encore un lavage du vagin avec la même solution et une désinfection du rectum avec une solution salicylée à 1 : 300.

A environ 9 centimètres de la commissure je soulève un angle de la paroi postérieure du vagin avec le tire-balle. Un aide le relève vers le pubis et fait saillir ainsi un triangle à base dirigée vers la commissure. Cette base mesure 8 centimètres ; j'en saisis les extrémités avec des pinces de Museux ; j'incise le long des deux côtés de ce triangle et je dissèque de la pointe vers la base un lambeau d'environ 2 millimètres d'épaisseur que je parvins en partie à détacher avec l'ongle et le doigt quand je pus le saisir. Enfin je circonscris la base du triangle un peu en pointe vers l'anus pour éviter la saillie de l'angle postérieur de la suture. Je lisse la partie avivée, en excisant les saillies avec des ciseaux courbes ; je pince, chemin faisant, quelques artérioles avec des pinces hémostatiques ; je ne fais pas de ligature. Puis j'irrigue l'avivement avec l'eau phéniquée à 2,5 %, et je suture la plaie vaginale du sommet vers la base avec du fil métallique. Je fais 8 sutures vaginales profondes, prenant les parties avivées pour les appliquer dans toute leur étendue. Entre 2 sutures profondes, je place chaque fois une suture superficielle ou semi-profonde, pour bien appliquer les lèvres de la plaie. Je ne serre la suture profonde qu'après avoir serré la suture superficielle suivante. On fait de temps à autre une irrigation phéniquée et je termine par 3 sutures périnéales profondes avec de la soie phéniquée, qui n'ont plus à aller qu'à 1 $^1/^2$ centimètres de profondeur, et entre lesquelles je place de nouveau des sutures superficielles. Enfin, je fais une suture profonde de soutien à 1 centimètre de chaque côté de la ligne de réunion. J'irrigue encore une dernière fois le vagin suturé, je le sèche et je saupoudre la ligne de réunion vaginale et périnéale avec de la poudre d'iodoforme ; par dessus je place un morceau de mousseline iodoformée, que je recouvre d'un papier gutta-percha, pour que l'urine n'imbibe pas la mousseline et la suture. Je sonde encore une fois la vessie, et l'opérée est recouchée dans son lit et réchauffée.

Pas d'aliments, pas de boisson, sinon quelques gorgées de siphon.

Le soir la température est à 36,8. Très peu de suintement. Cathétérisme vésical. L'opérée n'ayant eu ni vomissements, ni nausées, je

lui permets de prendre une tasse de lait froid par gorgées prises de temps à autre ; ne se plaint que d'un peu de douleur des reins.

6 octobre. L'opérée a passé une bonne nuit, a dormi et uriné spontanément. Temp. 37,1. J'enlève la suture profonde périnéale de soutien. Prend 1 litre de lait dans la journée.

Soir. Temp. 37,1. Demande à prendre du siphon avec sirop de framboise.

7 octobre. A bien dormi, prend 1 verre d'Hunyadi, suivi d'une selle molle. Bouillon. Temp. matin 37,1. Soir 36,9.

8 octobre. Va bien. Temp. 37.

9 octobre, 1 verre d'Hunyadi, suivi d'une selle. J'enlève les sutures périnéales à la soie, à la fin du 4e jour et je constate la réunion par première intention. Je recouvre la ligne de réunion d'iodoforme et d'un peu d'ouate. Je retire du vagin la mousseline iodoformée, imbibée de liquides ; elle n'a que l'odeur de l'iodoforme.

Le 17 octobre elle reprend sa période menstruelle, pendant laquelle nous faisons faire matin et soir une injection vaginale phéniquée. Se lève à la fin de son époque, 3 semaines après l'opération.

2 novembre, 4 semaines après l'opération, je retire les sutures vaginales. La réunion par première intention a pris sur toute la ligne. Quelques trajets de fils ont un peu suppuré, ce qui est favorable et ne rend la cicatrice que plus solide. Dans la paroi postérieure du vagin on sent maintenant une cicatrice ferme et dense qui rend cette paroi rigide. L'opérée se sent fort soulagée en marchant et le prolapsus ne se produit plus.

Pourtant le prolapsus de la paroi vaginale antérieure étant très considérable, nous proposons à la malade l'élytrorrhaphie antérieure, que nous lui ferons prochainement, pour que le succès soit complet et que la malade n'ait plus besoin de porter un pessaire. En attendant, nous lui appliquons un pessaire de Hodge, qui n'aurait jamais tenu autrefois, et qui maintenant aura l'avantage de permettre à la cicatrice de se consolider.

(*Gazette médicale de Strasbourg.*)

FORMULAIRE

—

Du camphre salicylé dans la névralgie lombo-abdominale liée aux affections utérines chez les rhumatisantes. — (J. Chéron.)

—

Dans ces derniers temps, on a préconisé l'application du salicylate de soude sur les articulations atteintes de rhumatisme et on en a obtenu de bons résultats.

L'acide salicylique en pommade nous a semblé mieux agir, encore.

L'union du camphre et de l'acide salicylique a donné un produit qu'on a dénommé *camphre salicylé*. Son action contre la douleur dans les rhumatismes a été signalée aussi tout récemment.

Il nous a semblé rationnel d'en faire usage dans la névralgie lombo-abdominale liée aux affections utérines, lorsqu'elle revêt, surtout, cette forme intense qu'on observe plus particulièrement chez les rhumatisantes.

Voici la formule dont nous faisons usage :

Acide salicylique.....	10 gr.
Camphre réduit par l'éther.....	6 gr.
Axonge.....	45 gr.

Employer gros comme une noix de cette pommade, pour faire des onctions douces et prolongées sur la région lombo-sacrée, matin et soir. On applique ensuite une plaquette de flanelle recouverte de toile gommée.

Ce moyen nous a paru réussir plus rapidement et d'une façon plus durable que la plupart des substances anesthésiques employées, en pareil cas.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

BULLETIN

—

Un fœtus de six à sept mois retenu 56 ans, intact, dans le sein de sa mère. — La fécondation artificielle devant la justice. — Emploi du tube régulateur de calorique dans les aspirations qu'on pratique sur l'appareil utéro-ovarien.

Que de faits intéressants et rares, perdus pour la Science, se présentent à l'observation du *médecin*, dans le courant de son existence.

La fatigue, le découragement, la plume devenue presque inhabile, rouillée, dans un repos trop prolongé, un désintéressement absolu des questions médicales, causé par un trop grand labeur ou l'ambition des honneurs politiques, tels sont les ennemis qui forcent la plupart de nos confrères à laisser périr, sans avoir vu le jour, des milliers de documents précieux qui viendraient enrichir le dossier de la Science, toujours ouvert.

Que ne pouvons-nous dire individuellement à chacun de nos confrères :

« Un cas sortant de la banalité vient-il à se présenter, et ça n'est pas rare, envoyez au journal que cela vous semble intéresser plus particulièrement, un mot, une note, une observation brièvement résumée. Les questions qu'on travaille même succinctement captivent bientôt l'esprit. Vous prendrez goût à la chose ; vous recommencerez et vous aurez bien mérité de la Science. »

La meilleure preuve de ce que nous venons de dire nous est fournie par la présentation que vient de faire le professeur Sappey, à l'Académie des Sciences, d'un fœtus retenu intact 56 ans, dans le sein de sa mère.

Le fait date de 1845 et c'est en 1883 seulement que nous en avons connaissance, peut-être grâce à un concours de circonstances tout à fait fortuit. Le voici :

La mère devint grosse à 28 ans et cette grossesse n'arriva jamais à son terme. 56 ans plus tard, à 84 ans, elle vint mourir à l'hôpital de Quimperlé, où M. Beaugendre fit son autopsie. La paroi abdominale largement incisée, il put constater que la tumeur, constituée par un kyste à parois calcaires, était située sur le trajet de la trompe droite. Cette enveloppe fut divisée à l'aide d'une scie, en deux parties égales. Grande fut alors la stupéfaction des spectateurs, de voir un fœtus de 6 à 7 mois, sous les traits d'un enfant qui vient de s'endormir, n'ayant subi aucune altération de consistance, de souplesse ou de couleur. « A ce spectacle inattendu, rapporte M. Sappey, une sorte d'émotion s'empara de toute l'assistance et se propagea au dehors, avec la rapidité de l'éclair. Aussi chacun d'accourir pour voir celui qu'on appelait le petit vieillard de 56 ans.»

La Science a déjà enregistré quelques faits analogues de fœtus ayant séjourné de nombreuses années dans le sein de leur mère, sans entraîner aucun accident. Mais la relation de semblables phénomènes est suivie d'interprétations différentes relatives à la cause de la conservation. Deux théories ont été proposées pour expliquer la chose :

1° La théorie de la pétrification, qui est la plus ancienne et qui repose peut-être sur le fait de l'infiltration calcaire du kyste propagée sans doute au fœtus, comme semblent le prouver l'assertion de Billement relative à la pétrification du fœtus de Pont-à-Mousson, et celle de Bartholin relative au fœtus de Sens, pétrifié aussi, et vu par lui dans le cabinet de curiosités de Frédéric III, roi de Danemark.

2° La théorie du desséchement progressif complètement démentie par le fœtus de Quimperlé, qui n'était pas desséché.

3° Reste alors à se demander comment ce dernier a pu séjourner 56 ans dans le sein de sa mère sans se dessécher et sans s'altérer.

M. Sappey a résumé la théorie qui doit se substituer aux deux autres ou simplement expliquer la conservation du fœtus de Quimperlé sans desséchement et sans altération, de la façon concise et nette que voici : *Les enfants qui, après la mort, se conservent indéfiniment dans le sein de la mère, sont redevables de cette conservation aux conditions physiques de leur emprisonnement qui ont pour avantage de les mettre à l'abri des germes atmosphériques.*

Les faits de ce genre doivent être bien rares, puisqu'aujourd'hui où l'ovariotomie est entrée dans la pratique courante de la chirurgie, où l'on ouvre le ventre à titre d'exploration avec une facilité qui n'a d'égale que le nombre des désastres qu'entraîne ce nouveau moyen de diagnostic, on ne voit publié aucun cas analogue à celui si intéressant et si bien exposé que M. le professeur Sappey vient de communiquer à l'Académie des Sciences.

C'est au Dr Sims, si je ne me trompe, que la fécondation artificielle dans l'espèce humaine doit, sinon sa création, au moins sa vulgarisation.

Le hardi gynécologue américain ne se doutait pas que, quelques années après la publication de ses succès (1865), qui se chiffraient alors *par un* sur cinquante-cinq tentatives (statistique peu encourageante, d'ailleurs), il se trouverait un médecin qui se livrerait à l'*exploitation* des susdites tentatives, grâce à la notoriété que lui conférerait la quatrième page des journaux politiques.

Plus heureux, paraît-il, que le Dr Sims, M. de Lajartre, a fait de la fécondation artificielle (c'est la réclame imprimée qui l'affirme), un moyen *spécial et infaillible*, de détruire la stérilité.

Mais, annoncer n'est pas produire, et notre fécondateur qui réclame, par voie de justice, une somme de 1,500 francs, à titre d'honoraires, pour une opération de fécondation artificielle sur la personne de madame A. . . opération qui d'ailleurs n'a pas réussi, se voit assez malmené par le tribunal de Bordeaux.

Entre autres choses, les considérants du jugement reprochent au médecin :

1° D'avoir dévoilé, dans son assignation, « malgré la réserve que lui impose sa profession et dont la loi même lui fait un devoir, le caractère intime des soins donnés à sa malade, entrant même, à ce sujet, dans les détails les plus minutieux. »

2° D'avoir annoncé son procédé comme *infaillible*, « procédé que réprouve la loi naturelle, et qui pourrait même, en cas d'abus, créer un véritable danger social. »

Que réprouve la loi naturelle ! Nous n'apprécions pas fort la valeur de cet argument. Est-ce que nourrir les phthisiques — et ceux-là ont souvent belles et bonnes dents — à l'aide d'une sonde œsophagienne, d'après le procédé de M. Debove, ne peut pas s'appeler contrecarrer la loi naturelle ?

Et la fécondation artificielle « venant à créer un véritable danger social » est encore un argument qui nous laisse d'autant plus froid que nous le comprenons moins.

Les deux premiers : secret professionnel trahi et annonce de l'infaillibilité d'un procédé qui n'est rien moins qu'infaillible, voilà les vrais arguments. Il s'agissait d'atteindre, avec juste raison, nous le savons, tout un procédé de notoriété ultra-charlatanesque, très en honneur dans quelques pays, mais reprouvé dans le nôtre, à un point de vue tout à fait étranger à la loi naturelle.

Pour ce faire, il est bien de frapper sur ceux qui transportent dans le domaine du charlatanisme éhonté, un procédé scientifique, couvert par l'honorabilité et la haute situation de quelques grands noms de la médecine, et sur l'opportunité duquel la science seule nous semble apte à se prononcer (1).

En médecine et en chirurgie, l'application locale du froid et du chaud est d'un usage aussi fréquent que peu commode. Quoi de plus primitif, en effet, que la vessie de glace, le cataplasme ou le sac à eau chaude. Localisation, constance de la température, durée de l'application, tout est irrégulier à l'aide de ces moyens.

Il est bon de dire, cependant, que, dans ces dernières années,

(1) On trouvera plus loin le jugement tout au long.

des calottes, des plaques, des appareils de toutes sortes, formés de tubes en caoutchouc assemblés côte à côte, semblaient avoir fait faire un grand pas à la question. Mais, malheureusement, c'était une erreur: le caoutchouc s'abime vite, son odeur est insupportable, il est mauvais conducteur du calorique, il retient la transpiration qui macère l'épiderme et produit une sorte d'eczéma, on le maintient difficilement dans une forme bien déterminée; enfin, sa souplesse tourne encore contre lui : à la moindre pression, l'appareil ne fonctionne plus.

Tout cela n'a pas lieu avec le tube métallique flexible et souple, en zinc(?) de deux millim. à deux millim. et demi, qu'emploie Leiter, de Vienne. On peut faire, avec ce tube, des appareils pouvant se mouler sur n'importe quelle partie du corps.

Dans la clinique de Billroth, où il a été expérimenté par le Dr Mikulicz, on en a fait l'application dans les arthrites douloureuses, dans l'érysipèle du cuir chevelu, au début de certaines phlegmasies, dans les traumatismes accompagnés de phénomènes cérébraux, dans les cas de sarcomes du cou et du thorax, dans certaines formes de névralgie. M. le Dr Pellis a vu employer ce tube, en otologie, avec un remarquable succès, dans le service du professeur Politzer, à Vienne.

Lorsque nous eûmes pris connaissance de l'article du Dr Pellis, nous nous mîmes immédiatement à la recherche de ce tube, que nous fîmes modeler aussitôt qu'il fut mis à notre disposition, dans les meilleures formes utiles au but que nous nous proposions.

Nous avons repris, à nouveau, grâce à l'usage de ce moyen si sûr et d'un emploi si pratique, toute l'application de la méthode de Chappman à l'étude des fonctions de l'appareil utéro-ovarien et au traitement de ses affections.

A l'aide d'une sorte de capsule embrassant le col utérin, nous avons pu étudier, scientifiquement, les modifications que le froid et la chaleur impriment à l'utérus sain ou malade.

Nous avons pu mener à bien, avec les différents appareils à tube de Leiter, appliqués, soit sur la région lombaire, soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit en un point quelconque de la pé-

riphérie, une série d'études sur la thermométrie utérine en cours de publication.

Ce qu'on obtient de très remarquable avec ce tube métallique, c'est, avec de l'eau à une température de 8° centigr., après 15 à vingt minutes, une réfrigération égale à celle que donne le contact direct de la glace.

Nous avons là un moyen d'une application facile et sûre, qui permettra d'obtenir, dans un grand nombre d'affections utérines, des résultats inconnus jusqu'à ce jour, alors qu'on ne disposait que de moyens imparfaits qui ne pouvaient donner ni localisation absolue, ni constance de la température, ni durée certaine dans l'application.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

AFFECTIONS NERVEUSES ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*

Annotée par le Dr J. Chéron.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE II.

PHYSIOLOGIE DE L'AGE CRITIQUE.

(*Suite.*)

Le tableau suivant, extrait du rapport du directeur général de l'enregistrement de l'Etat civil (*Registrar General*), montre que beaucoup plus de femmes que l'on ne suppose mettent des enfants au monde dans un âge avancé :

TABLEAU III.

Fécondité des femmes à divers âges

AGES des mères lorsque leurs enfants sont nés.....	au dessous de 20 ans	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	au dessus de 50 ans	Total
Enfants nés de 1831 à 1835...	8.301	70.924	121.781	126.808	98.950	49.660	7.022	167	483.613

Ainsi, sur 483,613 femmes qui sont devenues mères, depuis l'âge de moins de vingt ans jusqu'à cinquante environ, il n'y en a pas moins de 7,022 qui ont eu des enfants de quarante-cinq à cinquante ans, et 167 sont aussi devenues mères passé la cinquantaine ; c'est-à-dire que 7,189 femmes sur 483,613, ou une sur environ soixante-sept, ont eu des enfants après l'âge auquel cesse ordinairement le flux menstruel.

Le tableau de la fécondité des Irlandaises donné par le docteur Routh, dans un article sur la puissance procréative (1), est également concluant :

TABLEAU IV

Tableau du nombre des mariages et du résultat de ces mariages, pendant les onze années finissant en 1841, *pour les femmes âgées de moins de* 17 *ans, de* 46 *à* 55 *ans et au-dessus de* 55 *ans.*

Age du mari	Age de la femme	Nombre des mariages	Proportion des enfants pour 300 mariages	Age de la femme	Nombre des mariages	Proportion des enfants pour 300 mariages	Age de la femme	Nombre des mariages	Proportion des enfants pour 300 mariages
Au dessous de 17 ans	Au dessous de 17 ans	661	256	de 46 à 55 ans	1	0	Au dessus de 55 ans	1	0
de 17 à 25.....		9.847	262		35	51		3	0
26 à 35.....		4.066	252		145	51		12	0
36 à 45.....		313	248		227	39		15	20
46 à 55.....		36	205		428	22		52	10
Au dessus de 55 ans		18	128		295	10		136	12
Totaux.....		14.947	257		1131	26		219	42

(1) *Journal de Médecine de Londres*, 1850.

Il ressort de ce tableau que, en dix années, sur 427,977 femmes mariées en Irlande, à différents âges, il n'y avait pas moins de 1131 mariées entre quarante-six et cinquante-cinq ans, et que 219 se sont mariées après cinquante-cinq ans. Ceux qui désireraient des preuves plus nombreuses du fait que j'avance pourront consulter le dix-septième rapport du Directeur-Général.

Le tableau suivant présente des résultats analogues dans le climat du Nord :

TABLEAU V

Tableau de la Fécondité pour la Suède et la Norvège.

AGE.	Moyenne annuelle du nombre des accouchements.	Proportion sur 100 femmes vivantes
de 15 à 20	3.298	2.48
20 — 25	16.507	12.56
25 — 30	26.329	21.64
30 — 35	25.618	22.82
35 — 40	18.093	18.32
40 — 45	8.518	9.54
45 — 50	1.694	2.28
50 — 55	39	1.05

Dans l'article que j'ai cité, le docteur Routh a publié des résultats correspondants tirés des Etats de deux institutions de Londres. Au dispensaire général de Saint-Pancras, sur 1,527 femmes accouchées, douze étaient âgées de quarante-six à cinquante-sept ans; sur les douze, l'une avait cinquante-cinq et l'autre cinquante-sept ans. Au dispensaire général de Westminster, sur 2.509 femmes accouchées, l'âge de six d'entre elles variait de cinquante-six à cinquante-neuf ans.

Le docteur Taylor a publié le tableau suivant (2), dressé par M. Neverman, qui montre avec quelle rapidité le nombre des grossesses diminue après la cinquante-sixième année :

(2) *Jurisprudence médicale*, p. 568 (*Medical jurisprudence*).

TABLEAU VI

Sur 10,000 femmes enceintes, 436 ou 43 3/5 sur 1,000 étaient âgées de plus de quarante ans. Sur ces 436 femmes,

101 ou	10 1/10	par mille	étaient dans leur	41e	année
113 ou	11 3/10	»	»	42e	»
70 ou	7	»	»	43e	»
58 ou	5 4/5	»	»	44e	»
43 ou	4 3/10	»	»	45e	»
12 ou	1 1/5	»	»	46e	»
13 ou	1 3/10	»	»	47e	»
8 ou	4/5	»	»	48e	»
6 ou	3/5	»	»	49e	»
9 ou	9/10	»	»	50e	»
1 ou	1/10	»	»	52e	»
1 ou	1/10	»	»	53e	»
1 ou	1/10	»	»	54e.	»

En raisonnant d'après les observations que je viens de rapporter, la fécondité est aussi remarquable que la prolongation des menstrues ; et, si un aussi grand nombre de femmes ont eu des enfants après cinquante-cinq ans, ce n'était pas parce qu'elles se sont mariées tard, mais parce que leurs ovaires étaient doués d'une vitalité peu ordinaire. Cette opinion est corroborée par l'expérience de M. Roberton, qui établit que « sur onze femmes, trois ont eu chacune un enfant à quarante-neuf ans, et que les huit autres en ont eu aussi chacune un à peu près au même âge. Je me suis assuré, ajoute-t-il, que tous leurs enfants réunis atteignent le chiffre de 114 — c'est-à-dire, dix plus une fraction pour chaque femme, ce fait indiquant qu'elles ont dû se marier de bonne heure. Je possède quelques données sur l'époque du mariage de deux sur les onze; l'une, mariée à dix-huit ans, a eu trois enfants avant d'atteindre vingt-et-un ans, et a eu le quatorzième dans sa cinquantième année ; l'autre sortit fort jeune d'un pensionnat pour se marier ; dans sa cinquantième année, elle mit au monde son douzième enfant.

La prolongation de la menstruation est ainsi démontrée par le tableau suivant :

TABLEAU VII

Ages des femmes mourant de suites de couches pendant l'année 1852, en Angleterre et dans le Pays de Galles.

		MORTS DE	
		Métrite	Suites de couches
		—	—
15 ans et au-dessous	de 20	50	80
20	25	210	340
25	30	231	461
30	35	217	486
35	40	173	544
40	45	78	313
45	50	13	51
Pour tous les âges :		972	2.275

J'ai insisté sur la fréquence de la grossesse à un âge assez avancé, parce que de graves erreurs ont souvent été la conséquence de la persuasion des praticiens qu'elle était impossible. A ma connaissance, des cas de cette nature ont été pris trois fois pour des tumeurs des ovaires, et ont été traités par l'iode, les mercuriaux, les bandages compresseurs, moyens qui ont causé la mort de l'enfant et sérieusement compromis la santé de la mère. La croyance populaire que l'enfantement est plus dangereux quand la femme est âgée, se trouve confirmée par le docteur Matthews Duncan, qui a émis l'opinion que si une femme a une nombreuse famille, elle n'échappe au danger d'un premier accouchement que pour en retrouver un autre équivalent, au neuvième accouchement ou aux suivants (1). Cette opinion est appuyée de celle du docteur Hugenberger de Saint-Pétersbourg.

(1) L'opinion du docteur Mathews Duncan et celle du docteur Hugenberger trouvent un appui dans deux observations personnelles :

Une femme, mariée à seize ans, accouche dix-sept fois sans accidents ; au dix-huitième enfant, à 44 ans, elle meurt d'hémorrhagie incoercible, au moment de la délivrance.

La seconde observation est celle d'une dame alsacienne qui eut quatorze enfants de dix-huit à 38 ans. A quarante ans, elle devint enceinte pour la quinzième fois et succomba, en accouchant, à une hémorrhagie causée par une inversion utérine — (J.-C.)

Il faut conclure des tableaux précédents que la date moyenne de la ménopause ne correspond pas avec les derniers efforts de la parturition ; c'est ce qu'a démontré M. Whitehead, en opérant sur 1586 cas, et en trouvant que la moyenne de la cessation de la menstruation était 47,5, tandis que celle du dernier accouchement était 41,7.

Quelles sont les causes de la prolongation de la menstruation? Les ovaires peuvent être paralysés avant le temps ordinairement fixé pour leur atrophie, et ils reprennent leur énergie par un effort spontané, sous le coup d'une affliction subite, ou par suite de quelque impulsion donnée au système ganglionnaire, par des fièvres ou des maladies viscérales. Il est évident qu'une perte de sang provenant de la matrice n'est pas une manifestation de la menstruation, à moins qu'elle ne se répète régulièrement ; en effet, la fièvre peut causer la ménorrhagie aussi bien que l'épistaxis. Ainsi, Gardanne cite un cas dans lequel un flux menstruel abondant se serait manifesté pour la dernière fois, après six mois d'interruption, chez une femme âgée de quarante-neuf ans, pendant une fièvre bilieuse traitée par les éméto-cathartiques. Il pourrait bien n'y avoir eu là qu'une hémorrhagie utérine ; comme aussi, dans le cas de Bohnius, où une explosion de fièvre produisit, dit-on, un retour de la menstruation chez une femme âgée de quatre-vingts ans. La même remarque s'applique à l'observation récemment faite par M. Wood, d'une manifestation semblable chez une dame âgée de soixante-neuf ans, à la suite de la mort de son fils bien-aimé ; et chez sa sœur, à soixante ans, à la suite d'une frayeur. Moi-même, j'ai trois malades âgées de cinquante-deux ans et plus, très sujettes aux vapeurs et aux transports, chez lesquelles toute émotion ou excitation provoque un écoulement de sang par la matrice. De pareils cas sont douteux, à moins que l'écoulement critique ne reparaisse régulièrement pendant un certain temps, comme dans l'observation suivante, publiée par M. A. Brown (1). Une femme n'avait pas été menstruée depuis sa quarante-deuxième année, lorsque, après avoir souffert

(1) *London Medical Gazette*, vol. XXI.

pendant sept mois d'une tumeur du foie et de douleurs dans les reins, elle fut inopinément soulagée par l'apparition de la menstruation qui se répéta dix fois et rétablit complètement sa santé (1).

La prolongation des règles est, en général, plus fréquemment causée par des affections de la matrice que par la maladie de tout autre organe; ainsi, les tumeurs fibreuses de l'utérus retardent souvent la date de la cessation. Les polypes de l'utérus ont le même effet, et, dans plusieurs cas cités par Dupuytren, le flux périodique a duré jusqu'à quarante-neuf et cinquante-six ans; dans ces cas même, la perte de sang ne doit pas être considérée comme une perte menstruelle, à moins qu'elle ne vienne périodiquement, ou avec des redoublements périodiques. J'ai trouvé quelquefois que l'hypertrophie et l'ulcération du col de la matrice ou toutes autres maladies utérines coïncidaient avec un flux menstruel extraordinaire et tardif; mais, comme les anciens observateurs n'avaient pas de moyens suffisants pour constater l'existence de ces maladies, la plupart des cas de cessation tardive relatés par eux se trouvent être sans valeur. Il peut y avoir, je le répète, écoulement sanguin sans menstruation, et je ne considère pas comme un cas de menstruation celui d'une femme frappée d'une attaque d'apoplexie à soixante-dix ans, qui rendit un liquide rouge par le vagin, dont l'utérus fut trouvé plein de sang et les trompes et les ovaires fortement injectés. Dans un

(1) Le cas de M. Puech, rapporté par le professeur Courty, celui de M. Lemoine relaté dans les comptes rendus de la Société de médecine de Nancy, et un troisième dû à M. Renaudin, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de l'écoulement périodique revenu après une disparition de plusieurs années.

La personne citée par M. Puech, après être restée six années sans menstruation, de 40 à 46, vit les règles reparaître pendant un an, puis disparaître pour toujours à la suite d'une grossesse normale, arrivée à terme.

Dans le cas de M. Lemoine, il s'agit d'une dame de 46 ans qui n'avait pas eu ses règles depuis trois ans, qui devint enceinte et accoucha au 182me jour d'une petite fille qui vécut cinq jours.

Enfin, M. Renaudin rapporte le fait d'une dame de 61 ans qui accoucha d'un enfant vivant, aujourd'hui bien portant (1872). Elle avait cessé d'être réglée depuis 10 ou 12 ans.

cas analogue rapporté par Andral, une femme mourut à soixante-quinze ans d'hémiplégie par extravasation dans le côté gauche du cervelet ; la matrice fut trouvée remplie de sang et ses tissus d'un rouge foncé (1). Un cas semblable, comme il arrive sou-

(1) Le retour des règles après un temps quelquefois très long, n'est pas chose niable; mais le retour d'un écoulement périodique sans ovulation ne répugne pas non plus à l'esprit. Pour démontrer le fait, il suffit d'accepter comme prouvé que la menstruation peut s'effectuer régulièrement après l'ablation des ovaires. Des auteurs dignes de foi affirment qu'après avoir enlevé ces organes, qu'ils étaient sûrs d'avoir extirpés en totalité, ils ont vu la menstruation se rétablir régulièrement. Au dernier Congrès pour l'avancement des sciences siégeant à Rouen, le professeur Duplouy, de Rochefort, pour son compte a affirmé la chose.

Nous avons vu une garde-malade à laquelle le Dr Péan avait enlevé les ovaires, qui étaient le siège de kystes multiloculaires, rester profondément réglée après cette opération. Nous n'accepterons pas, pour les besoins de l'interprétation, que les ovaires auraient été incomplètement enlevés, comme l'ont objecté quelques chirurgiens au Congrès de Rouen. Mais alors, comment comprendre la menstruation, sans ovulation ?

Quelle que soit la théorie de la menstruation acceptée, pour tous les physiologistes, la cause immédiate de l'écoulement réside dans l'excitation produite par la déhiscence de la vésicule de Graaf. On comprend qu'une excitation partie d'un organe autre que l'ovaire produit un phénomène réflexe identique. La preuve la plus simple en est dans les métrorrhagies liées à la névralgie lombaire ou à la névralgie sacrée. Reste à expliquer la périodicité de l'écoulement. Pour cela faire, nous invoquerons l'habitude physiologique que la moelle, mieux que tout autre organe, revêt de la forme périodique. Une maladie de l'intestin, de l'estomac, de la vessie, des reins, etc., est le stimulus qui remplace celui que produisait la déhiscence de la vésicule de Graaf; il exerce son action d'une façon permanente, mais la moelle ne répond qu'à l'époque du mois où, sensibilisée par la déhiscence de la vésicule, elle répondait par un acte réflexe, l'apparition du flux menstruel.

Cette manière d'interpréter la menstruation sans ovulation se trouve justifiée par l'observation suivante : des malades qui portent des tumeurs fibreuses ou des polypes utérins voient l'écoulement périodique persister bien au-delà du terme le plus éloigné de la ménopause. Si un traitement ayant pour but de diminuer le flux menstruel est institué, les règles se suppriment définitivement. Il n'est point acceptable de considérer le résultat comme pouvant être attribué à la diminution de la vitalité des ovaires, sous l'influence du traitement, attendu que ce résultat de suppression a été dû, dans les nombreux cas que nous aurions à citer, à l'emploi des intermittences rythmées du courant continu, méthode thérapeutique que nous avons créée dans le but de traiter les fibromes utérins, moyen dont l'action tonique et stimulante est de nature à réveiller la vitalité d'un organe et non à l'atténuer ou à l'endormir.

vent, se présenta chez une malade du Dr Gardiner. Elle avait environ 50 ans et avait cessé d'être réglée depuis plusieurs années. Sans cause appréciable, elle se sentit tout à coup étourdie, perdit connaissance et tomba ; mais bientôt elle recouvra ses sens et quelques heures après, elle avait une attaque violente de métrorrhagie. Dans ce cas-là, il devait y avoir une affection utérine qui avait passé inaperçue.

Avec le docteur Dusourd, je considère l'activité des ovaires comme proportionnée à la vigueur constitutionnelle, attendu que toutes les femmes, chez lesquelles j'ai observé une prolongation extraordinaire du flux menstruel, étaient remarquablement fortes et bien portantes. Un observateur ne peut manquer de saisir la relation qui existe entre une prolongation extraordinaire de la vie des ovaires et la longévité ; elle est frappante dans les cas qui précèdent ; quant à moi, je crois que la vie est plus longue chez les femmes dont la puberté s'est manifestée assez tard, comme cela est démontré pour les pays froids où la date moyenne de la première menstruation est plus tardive que dans les contrées tempérées. Alexandre de Humbold est arrivé à professer la même opinion, basée sur une étude comparative des nombreuses races qui habitent l'Amérique du Sud, à savoir que, lorsque le travail qué nécessite la formation des ovaires se manifeste sans trouble pour la santé, il indique une activité correspondante de tous les organes de la vie végétative ; et quand il est prolongé au-delà des limites ordinaires, il implique également une force correspondante de durée de la vie végétative, de laquelle dépend la longévité, et fréquemment le retard de la cessation jusqu'à la quarante-huitième et même la cinquante-quatrième année ; c'est ce qui a lieu, dit le docteur Robert Cowie, dans les Iles Shetland, et est en rapport très souvent avec la longévité.

Un autre moyen d'apprécier, sous les climats tempérés, si la cessation sera retardée, c'est son apparition plus tardive que d'habitude. Dans plusieurs cas de prolongation du flux menstruel, il s'était manifesté, pour la première fois, à vingt et vingt-deux ans. En comparant trente-trois femmes qui avaient été réglées de huit à douze ans, avec trente-sept autres femmes réglées seu-

lement de dix-huit à vingt-deux ans, j'ai obtenu les résultats consignés dans le tableau suivant :

TABLEAU VIII.

Date de la dernière menstruation chez les femmes *réglées de bonne heure* et chez les femmes *réglées tard.*

Années de l'âge de cessation.	Cas de menstruation précoce de 8 à 11 ans.	Cas de menstruation tardive de 18 à 22 ans.
30	2	1
31	1	
34	1	
35	1	
37		1
38	1	
39	2	1
40	2	3
41	1	1
42	2	1
44	2	2
45	3	3
46	1	7
47	2	2
48	1	3
49	3	3
50	4	4
51	1	2
52	1	
55	1	1
58	1	2
TOTAL	33	37
DATE MOYENNE DE LA CESSATION.		
Années	44.6	46 8

Deux ans et trois mois constituent une remarquable différence entre les deux moyennes, 45,7 étant la moyenne de la cessation chez 1082 femmes.

Ces chiffres sont trop faibles pour être concluants, mais ils parlent contre l'opinion contraire de Raciborsky, qui semble avoir été trop impressionné par des cas très exceptionnels, comme celui qu'a cité Descurat, d'une femme qui avait été menstruée à l'âge

de deux ans, mariée à vingt-sept et qui avait eu une nombreuse famille, et avait continué d'être parfaitement réglée jusqu'à cinquante-trois ans. En supposant que ce tableau soit exact pour l'Angleterre, il ne l'est pas pour le Danemark, puisque Hannover a trouvé que la menstruation y cesse plus tôt chez les femmes qui ont été réglées plus tard ; les chiffres relevés par le docteur Mayer confirment ce qu'avancent Burdack et de Mende, quand ils disent qu'il en est de même dans l'Allemagne centrale. Ainsi, quand sur 722 femmes, 13 pour cent qui avaient commencé à être réglées de onze à treize ans ont cessé de l'être à cinquante, 11 pour cent qui avaient été réglées pour la première fois de dix-huit à trente-et-un ans ont cessé de l'être à quarante-neuf.

De ce qui concerne les conditions de constitution, puisque un certain nombre de femmes restent réglées et fécondes jusqu'à un âge assez avancé, il est permis de supposer qu'elles sont anatomiquement constituées comme une dame qui n'eut de menstruation régulière que dans les dernières années de sa vie ; elle mourut à soixante-douze ans, et, à l'autopsie, les docteurs Bouvier et Brière de Boismont trouvèrent les ovaires et tous les organes de la génération dans un état de turgescence, comme les jeunes filles de 15 à dix-huit ans, au lieu d'être atrophiés comme il est ordinaire à cet âge (1).

J'arrive à présent aux causes de la cessation précoce, ou à la paralysie prématurée des ovaires. Comme la vie humaine est souvent tranchée longtemps avant la limite spécifiée par le Psalmiste, ainsi la force reproductive dont les ovaires sont doués peut s'éteindre longtemps avant l'âge moyen de cinquante-cinq ans. Par l'examen attentif de quarante-neuf cas, où la menstruation cessa subitement de la vingt-septième à la trente-neuvième année inclusivement, il m'a été impossible de découvrir rien de particulier dans la constitution, excepté chez huit femmes dont la force

(1) On constate parfois, chez des personnes qui ont été réglées jusqu'à un âge assez avancé, l'absence totale d'atrophie sénile des organes génitaux (vulve, vagin, utérus). D'après notre observation, l'épithélium du col utérin se développerait plus particulièrement chez ces personnes dont les organes génitaux ne subissent pas, en temps normal, la dégradation sénile. — (J.-C.)

était au-dessous de la moyenne. Aucune d'entre elles n'avait été mariée trop tôt ou ne s'était adonnée à la prostitution, deux circonstances qui ont été à tort assignées comme causes de la cessation hâtive par Meissner. Elles n'étaient pas non plus sujettes parfois à des menstrues profuses, comme l'a prétendu Gardanne. Elles n'avaient éprouvé que les affections ordinaires des organes de la génération, ainsi que l'a dit Meissner, et la quantité restreinte du flux menstruel n'indique pas une diminution de la faculté reproductrice, puisque, sur ces quarante-huit femmes, vingt-six, qui étaient mariées, avaient chacune trois enfants en moyenne.

Si des femmes de la même famille cessent quelquefois d'être menstruées au même âge, cela peut n'être qu'une coïncidence, quoique j'aie vu souvent des sœurs cesser d'être menstruées à la même époque de la vie. Sur sept sœurs, j'en soigne deux ; toutes ont été réglées de onze à treize ans, et chez toutes la menstruation a cessé vers la quarantième année (1). Le docteur Mayer a trouvé, en comparant les femmes des hautes et des basses classes, que la menstruation apparaît plus tard et cesse plus tôt dans les dernières, tandis que, dans les premières, c'est le contraire qui se produit.

Sur les quarante-neuf cas dans lesquels le flux menstruel a été supprimé de vingt-sept à trente-neuf ans, dans vingt-sept, j'ai trouvé une cause probante pour expliquer le fait, ainsi qu'on va le voir dans ce tableau :

TABLEAU IX

Cause de la cessation précoce chez 27 femmes.

NATURE DE LA CAUSE	NOMBRE des femmes.
Enfantement et lactation	3
Fausse-couche	1
Chute sur le sacrum pendant le temps du flux menstruel	2
Suppression du flux menstruel par l'exposition à la gelée ou à un froid intense	2
Saignée au bras à l'époque des règles	1
Exposition à une humidité complète pendant la période menstruelle	1
Effet purgatif violent, résultant d'une médecine	2
Fièvre rhumatismale	2
Bronchite avec fièvre	2
Peur	9
Choléra	2
Total	27

(1) A l'appui de ce fait, nous citerons le cas que nous avons observé de trois sœurs qui ont cessé d'être réglées, sans accidents, à 33 ans, comme leur mère, après avoir eu toutes les trois des enfants.

Certains de ces cas comportent quelques mots de commentaire.

Lucy A., âgée de cinquante-trois ans, n'avait jamais été réglée depuis une fausse couche, à trente-deux ans, et sa santé a toujours été meilleure depuis lors.

W. N., cinquante ans à présent, femme grande et forte, a eu un enfant à trente-quatre ans, et a perdu du sang pendant huit semaines. Elle sevra son enfant à douze mois, mais cessa complètement d'être réglée.

Elisabeth A., femme de force moyenne, âgée de quarante-sept ans, a eu un enfant il y a dix ans, l'a allaité pendant dix-huit mois, et ensuite a cessé complètement d'être réglée. Dans de pareils cas, l'énergie ovarienne semble épuisée par l'enfantement et l'allaitement et la nature saisit cette occasion d'imposer un arrêt subit à la fonction menstruelle.

Julia L., femme d'apparence chlorotique, âgée de quarante-quatre ans, a cessé d'être réglée à trente-trois ans, à la suite d'une chute sur les reins, le long d'un escalier, à l'époque de la menstruation. Les ovaires furent évidemment tellement paralysés par le choc qu'ils ne recouvrèrent jamais leurs fonctions.

Emilie F., une personne paraissant bien portante, âgée de quarante-huit ans, réglée à trente-neuf pour la dernière fois, a vu le flux sanguin s'arrêter soudainement sous l'impression d'un froid intense. Elle eut souvent de la leucorrhée pendant les deux années qui suivirent, mais elle ne souffrit pas autrement. Une autre femme, âgée de trente-quatre ans, sortit pour faire des emplettes, le premier jour de la menstruation, par un temps extrêmement froid ; le sang s'arrêta immédiatement et ne reparut plus, la santé demeurant invariablement bonne.

Dans ces cas-là, le froid exerce la même influence paralysante que la chute, et des effets semblables peuvent être produits par le choléra ou par un purgatif énergique. Dusourd relate trois cas dans lesquels les règles se sont arrêtées à la suite de diarrhées, survenant à peu près chaque mois pendant quelques jours ; et il a connu trois femmes chez lesquelles elles ont cessé de quarante à quarante-trois ans, après un flux hémorrhoïdal abondant. La

fièvre a une action si puissante sur les viscères spécialement doués d'énergie nerveuse par le système ganglionnaire, que chacun peut comprendre comment elle pourrait être la cause de la paralysie des ovaires.

De même que, à l'époque de la puberté, le flux menstruel est quelquefois instantanément provoqué par une émotion vive, de même, une frayeur, une mauvaise nouvelle inattendue, sont les causes les plus fréquentes d'une cessation prématurée. Les ovaires et la matrice sont paralysés par un choc nerveux comme les muscles de la grenouille par une forte décharge électrique (1).

Chez Anne G., âgée de cinquante-neuf ans, la menstruation a cessé à trente-neuf, supprimée tout à coup par le chagrin de la mort de son mari. Le même accident arriva à Maria B., à trente-quatre ans ; elle en a cinquante aujourd'hui. Jane O., une forte femme, assiste à une exécution pendant sa menstruation ; elle fut supprimée et ne reparut plus.

Elisabeth C., les yeux noirs, maigre, osseuse, nerveuse, âgée de soixante-et-onze ans, avait joui jusqu'à trente ans d'une excellente santé ; elle nourrissait son enfant depuis six mois, lorsque son mari tomba subitement mort à ses pieds. Accablée de ce malheur, elle laissa échapper l'enfant de ses bras, resta évanouie plusieurs heures, et son lait « *tourna en eau* ». Pendant un certain temps, elle fut vivement affectée, mais fut toujours capable de vaquer aux occupations de son ménage ; sa santé redevint bientôt aussi forte qu'auparavant et se maintint longtemps ainsi, bien que le flux menstruel n'ait jamais reparu, et que l'organisme n'eût pas été soulagé par la leucorrhée, la diarrhée, ou par un traitement systématique.

(1) Nous avons donné des soins, pendant longtemps, à notre clinique, à une pauvre femme qui a été vue et interrogée par un grand nombre de médecins. Elle présentait des symptômes subaigus de congestion de l'appareil utéro-ovarien et une leucorrhée des plus abondantes. Cette malade, âgée de trente ans, n'était plus réglée depuis 1870 où pendant le bombardement du sud de Paris, son jeune enfant avait été broyé sous ses yeux par des éclats d'obus. — Elle a guéri de la congestion et de la leucorrhée, mais les règles ne sont pas revenues et cela sans préjudice aucun pour la santé, devenue excellente. (J. C.)

Une femme avait été réglée jusqu'à trente ans, lorsqu'un jour, en jetant un rat mort dans le feu, croyant que c'était un morceau de charbon, elle fut prise de spasmes nerveux pendant plusieurs heures ; quatre ans passèrent sans règles, et alors elle fut sujette à un écoulement fort irrégulier.

Elisa S., âgée de cinquante-deux ans, avait été bien réglée de dix-huit à trente-neuf ans, lorsqu'elle fut saignée pendant une période menstruelle, pour des douleurs rhumatismales dans les épaules. Immédiatement après, elle vomit pendant une heure, eut d'abondantes transpirations, mais les règles furent supprimées pour toujours.

Les tumeurs des ovaires causent souvent la cessation hâtive de la menstruation. Ainsi, sur quinze cas de tumeurs ovariennes opérées par le docteur W. Atlee, de Philadelphie, quelques-uns concernent des jeunes femmes ; mais dans la plupart des cas, la quantité du flux menstruel fut diminuée, et chez quatre sujets, elle cessa à trente, trente-neuf, quarante et quarante-deux ans. J'ai vu une métrite déterminer la cessation à vingt-neuf ans ; mais je ne me trouve pas d'accord avec Scanzoni lorsqu'il prétend que la cessation prématurée doit être considérée comme le résultat ordinaire de la métrite ; mon expérience ne concorde pas non plus avec celle du docteur Emmet, qui pense que la cessation précoce est due à la dysménorrhée (1), en partie obstructive, en partie inflammatoire ; mais je l'ai vue très souvent survenir, à trente ans, chez des femmes d'une faible constitution lorsque la menstruation avait été habituellement faible, comme si l'organisme trouvait cet effort trop pénible pour le continuer.

(*A suivre.*)

---

(1) Nous avons réuni huit cas de dysménorrhée persistante avec l'âge de la disparition des règles chez des femmes stériles, dysménorrhée que nous avons attribuée à l'altération de la muqueuse cervicale, et à la déformation du canal qui en est la conséquence. Nous avons décrit cette altération dans une étude sur le processus des ulcérations du col (1879). Voici l'âge de la cessation pour chacune d'elles : 28 ans — 29 ans — 32 ans — 33 ans — 33 ans — 37 ans — 39 ans — 39 ans. — (J. C.)

HYPERTROPHIE DES PETITES LÈVRES

COMMUNICATION FAITE A LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI, DANS SA SÉANCE DU 12 AVRIL 1883.

Par le docteur WENNING.

Dans la nuit du 5 novembre 1882, je fus appelé à voir Madame K. G., âgée de 26 ans, Américaine, mariée, mince, faible de complexion et d'un tempérament nerveux. Suivant son dire, elle était dans le sixième mois de sa grossesse. Elle se portait très bien, jusqu'au moment où lui arriva l'accident suivant qu'elle me décrivit. Elle s'était mise au lit, comme d'habitude ; mais, pendant la nuit, elle se leva comme dans un rêve et se rendit dans une chambre voisine où elle fit un faux pas et tomba, réveillant ainsi son mari. Il craignait qu'elle se fût blessée et, comme il s'était produit un peu d'hémorrhagie utérine, il me fit appeler. Je la trouvai dans un état de surexcitation encore très grand, mais elle me dit que l'hémorrhagie, qui avait été très peu abondante, avait cessé. Néanmoins, je demandai la permission de faire l'examen vaginal, ce qui me fut refusé tout d'abord, sous prétexte qu'il était inutile. J'insistai cependant sur la nécessité de procéder à un examen et je me préparais à le faire, lorsque la malade m'arrêta en me disant qu'elle avait quelquefois du malaise intérieur ; une sage-femme lui avait dit, à un accouchement antérieur, qu'elle avait un déplacement de l'utérus. Ceci excita naturellement encore plus ma curiosité et je la pressai de se décider, jusqu'à ce que enfin la permission me fût accordée, quoique à contre-cœur.

Aussitôt que mes doigts furent en contact avec les parties génitales externes, ils rencontrèrent une tumeur volumineuse, située directement en avant et recouvrant complètement l'orifice de la vulve. C'était un corps piriforme, mou et élastique au toucher, mais mobile. Il donnait la sensation d'une tumeur graisseuse prenant naissance sur le clitoris ou sur un point voisin et s'étendant sur le côté gauche de la vulve.

Comme la tumeur était mobile, je pus la soulever dans la direction de l'aine gauche. Alors mon doigt pénétra immédiatement dans le vagin et jusqu'à l'orifice utérin qui était presque hors d'atteinte et légèrement ramolli. Il n'y avait plus de raison de rien craindre, l'hémorrhagie ayant cessé; je me contentai de prescrire quelques poudres contenant de l'acide gallique et je laissai la malade en promettant de revenir le lendemain matin. Mon intérêt avait été tout à fait excité par la présence de cette tumeur et je me proposais, à ma prochaine visite, de faire un examen plus complet, car j'avais dû l'abréger, à la première, à cause de l'éclairage insuffisant et de l'excitation de la malade. Lorsque je revins, le jour suivant, la malade était levée et dans son état de santé habituel, ne se plaignant que d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et d'une toux fatigante qui l'avait tourmentée pendant quelque temps. Je l'encourageai encore à me laisser l'examiner ; elle refusa et sembla même regretter de m'avoir permis de me renseigner sur son véritable état, qu'elle avait jusqu'alors successivement caché à tout autre médecin, en appelant une sage-femme pour l'assister dans son second accouchement, au lieu d'un médecin, comme pour le premier. Elle donnait pour raison qu'elle avait peur d'être opérée. Comme j'étais satisfait de la situation de la tumeur qui ne pouvait en aucune façon porter obstacle à l'accouchement qui se préparait et, comme je ne me souciais nullement de courir les risques d'un avortement, conséquence d'une opération qui pouvait très bien être retardée jusqu'après le terme naturel de la grossesse, je donnai l'assurance à la malade qu'aucune sorte d'opération ne serait faite maintenant, mais je l'exhortai, dans les termes les plus sérieux, à se soumettre, suivant mon avis, à une opération avant la prochaine grossesse, car l'augmentation de volume de la tumeur pourrait empêcher alors l'accouchement.

Remettant un examen plus détaillé à un autre moment, je recueillis le récit suivant :

Mme K. G. était mariée depuis huit ans, pendant lesquels elle avait eu un enfant qui avait alors six ans et se portait très bien. Un second enfant était venu au monde mort, dans le courant du

sixième mois de la grossesse et elle était maintenant à son troisième. La menstruation avait toujours été régulière, avant et après le mariage. Sa santé avait toujours été bonne avant son mariage et pendant les premières années qui suivirent, jusqu'à ce que la tumeur eût commencé à se montrer, depuis cinq ans. Elle remarqua d'abord une petite grosseur, du volume d'une noix, mais molle et indolore, située juste au-dessous du mont de vénus. Cette tumeur semblait s'être produite sans cause évidente ; elle n'avait jamais été blessée, n'avait eu de plaie d'aucune sorte dans ces parties et n'avait pas eu de pertes vaginales. Elle ne ressentait aucune douleur, à cette époque, ni pendant la miction, ni pendant les rapports sexuels. Deux ans après, elle donnait le jour à l'enfant mort au septième mois sans difficulté, bien que la tumeur eût à ce moment la moitié de son volume actuel. Après cela, Mme K. G. a continué à être réglée régulièrement jusqu'à ce qu'elle fût devenue enceinte pour la troisième fois. La tumeur, dans l'intervalle, continua à grossir, mais avec une plus grande rapidité pendant la grossesse.

Elle était actuellement dans un état de grand malaise ; elle marchait très difficilement à cause du poids et de la tension de la tumeur. Afin d'obtenir du soulagement, elle fut obligée de faire un bandage avec une ouverture à travers laquelle la tumeur était soulevée vers le pubis, du côté gauche, et soutenue de cette façon.

Comme les renseignements qui la concernaient, elle et sa famille, étaient sans signification, en dehors de ces faits particuliers, je traitai tout simplement ma malade au moyen de toniques et d'expectorants pour la délivrer de sa toux fatigante et persistante et je m'engageai à la délivrer, à son accouchement, qui était attendu aux environs de la fin de janvier ou du commencement de février.

Le 18 décembre, je fus subitement appelé près de la malade que je trouvai dans les douleurs actives du travail. Je la délivrai d'un enfant mort, présentation des pieds, sans beaucoup de difficulté, mais j'eus quelque peine à extraire le placenta qui était solidement fixé aux parois de l'utérus. Le fœtus semblait être mort depuis les trois ou quatre dernières semaines, car il présen-

tait une desquamation et une décoloration considérables de l'épiderme ; mais il était d'une dimension à peu près normale. Le placenta ne présentait rien d'anormal, autant que l'examen microscopique pouvait le démontrer.

La mère eut une fièvre très forte pendant quelques jours ; je la combattis par de fortes doses de quinine et l'emploi continuel d'injections phéniquées dans le vagin.

A partir de ce moment, la malade se rétablit rapidement et j'obtins qu'elle consentît à l'ablation de la tumeur et cela aussitôt que ce serait possible. En attendant, elle choisit une meilleure habitation, fut soumise à un traitement tonique et propre à la préparer à l'opération de la tumeur.

J'eus l'occasion de faire pour la première fois un examen oculaire. Lorsque la malade se tenait sur le dos, dans la position ordinaire, la masse piriforme pendait au milieu, sur l'orifice vulvaire, comme si c'eût été un clitoris hypertrophié.

Lorsque les cuisses étaient écartées complètement, une autre petite tumeur, qui était recouverte par la plus grosse, devenait visible, attachée au côté droit de la vulve.

La plus grosse tumeur était d'une couleur rouge foncée et couverte d'excroissances verruqueuses, en avant et du côté droit qui était plus épais, tandis que le côté gauche était uni et d'apparence striée.Elle était molle et élastique, pas très tendue, sauf lorsqu'on la pressait fortement. Elle s'insérait immédiatement à gauche du clitoris s'étendant suivant une direction curviligne, à une distance d'environ deux pouces 1/2 du côté gauche de la vulve, au-dessous de la grande lèvre — qui était plus petite que d'ordinaire — et atteignait le milieu de l'orifice du vagin.

La tumeur se continuait avec la petite lèvre droite et en formait même une partie. Elle était mobile en haut et en dehors, comme une feuille, à cause de sa largeur et de son faible point d'attache. Les dimensions étaient les suivantes : longueur du plus haut point d'attache au plus bas de sa dimension, 4 pouces 1/2 ; sa plus grande largeur 2 pouces 1/2 ; sa plus grande épaisseur (antéro-postérieure) 2 pouces 1/2.

La plus petite tumeur, à droite, était de forme auriculaire et

formait aussi une partie de la portion la plus élevée de la petite lèvre droite, mais était plus lâche à son point d'attache que la grosse. Elle avait une largeur de 2 pouces environ.

Le dessin qui accompagne cette communication fait par mon ami le Dr Geo. E. Jones, pendant que la patiente était dans la position de la lithotomie, juste avant l'opération, donne une idée exacte de la tumeur à ce moment.

Le 23 janvier 1883, la malade fut soumise à l'action de l'éther, et avec l'aide des Drs Jones, Cleveland et Walton, j'enlevai les tumeurs avec les ciseaux courbes. Une hémorrhagie considérable se produisit, mais elle fut aussitôt arrêtée avec de l'eau chaude. Deux condylômes, l'un sur la paroi antérieure du vagin, l'autre sur la postérieure furent liés et abandonnés à eux-mêmes. Ils tombèrent au bout de quatre à cinq jours environ. Un tampon de coton imbibé d'une solution d'acide phénique fut alors placé sur la plaie et l'opérée fut mise au lit. A ma première visite, trois ou quatre heures après l'opération, je la trouvai en proie à une hémorrhagie qui durait depuis quelque temps par une négligence inexcusable. Elle était pâle et très affaiblie par la perte de sang. Je lui administrai des stimulants en quantité et arrêtai l'hémorrhagie au moyen d'une forte compression, à l'aide d'un bandage en T, car il était impossible de découvrir aucun vaisseau donnant du sang. Les plaies furent pansées avec de l'acide borique, d'abord en poudre, ensuite en solution; elles étaient complètement cicatrisées avant la fin de la quinzaine.

Malgré toutes les tentatives que je fis pour obtenir de ma malade un éclaircissement sur la nature spécifique de ce cas, je n'y pus parvenir, l'histoire de ses deux fausses couches et la présence du condylôme me faisaient soupçonner une infection syphilitique ou au moins vénérienne. J'interrogeai cependant avec soin le mari, qui me dit que, cinq ou six ans avant son mariage, il avait eu un chancre mou sur le prépuce, lequel chancre, après avoir été cautérisé avec de l'acide nitrique, se cicatrisa en quelques jours et ne lui causa plus désormais aucune indisposition. Depuis le mariage, il n'a jamais eu de rapports douteux et n'a jamais eu aucune affection vénérienne.

Le premier enfant, une fille de six ans, paraît jouir d'une excellente santé. En vue d'obtenir quelque renseignement de plus de l'examen au microscope, j'envoyai une partie de la tumeur enlevée au Dr F. Kebler, qui me déclara que c'était « un cas d'hypertrophie simple et rien autre ». Quant à la cause, il était d'avis que l'histoire clinique du cas serait plus instructive que l'examen microscopique.

L'étiologie de cette affection est indubitablement le côté le plus intéressant de la question.

Etait-ce une tumeur syphilitique, une simple hypertrophie ou un éléphantiasis, d'une forme décrite par quelques auteurs, sous le nom d'*éléphantiasis mou* ? La présence d'un condylôme chez la femme et l'histoire du chancre mou chez le mari donnent à supposer que la plus grosse tumeur était de nature spécifique. Mais si nous en croyons la malade qui n'a éprouvé aucun trouble d'aucune sorte, soit avant, soit après le développement de la tumeur et qui a donné naissance à un enfant vivant et bien portant dans les premières années de son mariage, il ne semble pas probable qu'il y ait eu infection. D'un autre côté, les deux fausses couches consécutives se produisant toutes les deux à la même période environ de la grossesse, pendant la croissance de la tumeur, sont symptomatiques de la syphilis.

Le mari est cependant très affirmatif dans sa déclaration qu'il n'a jamais été atteint d'affection vénérienne, sauf un chancre mou six ans avant son mariage. La plaie se cicatrisa rapidement et ne laissa aucune manifestation secondaire. D'ailleurs, si nous acceptons la théorie dualiste de la syphilis, un chancre mou n'est pas syphilitique. Beaucoup d'auteurs aussi considèrent que le condylôme n'est pas une manifestation évidente de la syphilis ; il peut être le résultat d'une irritation quelconque causée par l'abus des rapports sexuels et même par la masturbation, bien que la cause la plus commune soit attribuée à une infection locale due à quelque sécrétion virulente chez l'homme.

Ces mêmes causes sont cependant aussi énumérées dans l'étiologie de l'éléphantiasis. La rareté de cette dernière affection dans nos climats, l'atteinte simultanée des autres parties des organes

génitaux, l'épaisseur caractéristique et la dureté de sa structure et enfin le fait que, de toutes les parties des organes génitaux externes, les petites lèvres sont moins fréquemment le siège de la maladie — Mayer en rapporte seulement cinq cas sur une analyse de quarante-six — excluraient l'idée d'éléphantiasis dans le cas qui nous occupe. Il est évident que beaucoup de gynécologues puisent cette manière de voir dans le silence que gardent sur cette question les meilleurs auteurs qui écrivent sur les maladies des femmes, tandis que d'autres en font à peine mention comme d'une rareté, s'appuyant seulement, le plus souvent, sur le témoignage des autres.

Ainsi Kiwisch, en dehors de ceux qui ont été observés par d'autres auteurs qu'il cite, rapporte un cas qui s'est produit dans sa clientèle, et Scanzoni, en traitant ce sujet, dit que il n'en a vu qu'un cas dans la pratique de Kiwisch; c'est le même que celui dont parle ce dernier. L. Mayer, qui a le plus écrit sur cette question, dans un article publié dans le « *Berliner Beitrage zur Geburtshülfe und Gynaecologie* », vol. I, considère l'éléphantiasis de la vulve comme l'affection la plus fréquente, même dans les zones les plus tempérées, et ajoute que le peu d'inconvénients qu'il présente dispense les femmes de consulter le médecin. Il donne aussi communication de dix cas qui se sont présentés, dans sa pratique privée, pendant une période de quinze ans, avec des dessins des différents cas. Mayer dit, au sujet des causes productrices de l'éléphantiasis, que la syphilis tient le premier rang, ensuite vient la masturbation ou les excès sexuels et enfin les traumatismes. Dans le cas actuel, certainement, une dermatite peut avoir été le point de départ d'une augmentation de volume qui est restée stationnaire; c'est un symptôme qui manque assurément dans beaucoup de cas et qui manquait également dans celui-ci. La plus commune, mais aussi la plus obscure de toutes les causes, le froid, est, dit-on, souvent un facteur important dans cette affection.

Comme l'étiologie ne peut servir à établir un diagnostic, voyons brièvement ce que la pathologie peut nous enseigner dans cette question. L'éléphantiasis est défini par les anatomo-pathologistes :

« Une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, dans laquelle l'épiderme peut être ou non intéressé. » Le terme éléphantiasis, comme on le sait, dérive des proportions éléphantiques que revêtent les jambes hypertrophiées dans les climats tropicaux et sous-tropicaux où cette maladie est endémique — elle est connue aussi sous le nom de Jambe de Barbade.

La fréquence de ces hypertrophies portant sur le scrotum de l'homme et sur les lèvres de la femme, dans ces climats, avec ou sans manifestations de la maladie sur les extrémités inférieures, a conduit à admettre la même dénomination pour l'hypertrophie de ces parties. Si nous n'accordons ce nom d'éléphantiasis qu'aux cas liés à l'épaississement intense de la peau et à l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané, l'éléphantiasis est une affection rare ; mais si nous classons sous ce nom toute forme d'hypertrophie syphilitique ou autre, c'est certainement une affection assez commune.

Tandis que l'éléphantiasis, analogue à la pachydermie, est habituellement décrit comme étant d'une consistance dure, précisément au contraire, une variété molle, appelée *elephantiasis mou*, se manifeste par extraordinaire, sur les organes sexuels. Virchow dit qu'il consiste en tissu connectif lâche (en réseau) abondamment infiltré de liquide et de consistance élastique. Les cas de Mayer appartenaient tous à cette catégorie et il ajoute que la majorité de ceux dus aux autres observateurs, et qu'il a réunis, étaient de la même nature.

Rokitansky, en parlant de l'éléphantiasis, dit : « la surface des parties hypertrophiées est unie, plus fréquemment, à cause de la prolifération de l'épiderme, rugueuse, généralement lobulaire, inégale et verruqueuse, couverte de granulations fines et dures. Dans ces cas, l'hypertrophie est de nature papillaire et identique au condylôme » De plus, lorsqu'il parle de condylôme il dit : « Le condylôme ou hypertrophie papillaire acquiert, à l'occasion, une dimension considérable, dans la forme décrite plus haut, » se rapportant à sa remarque précédente sur l'éléphantiasis.

Forster aussi place ces tumeurs extrêmement hypertrophiées dans la classe des éléphantiasis.

Il ne peut pas être mauvais de citer ici l'opinion de quelques-uns de nos gynécologues les plus marquants. Hiwisch dit : « Le caractère anatomique et même l'apparence extérieure de quelques cas d'éléphantiasis sont très semblables à ceux de ces énormes condylômes décrits plus haut, de plus, trois cas d'éléphantiasis, parmi ceux qui se présentèrent à mon examen, existaient chez des individus tellement adonnés à une vie de débauche, qu'il était hors de doute, qu'ils étaient dus à une infection répétée. » Schroeder s'exprime ainsi : « Les tumeurs papillaires de grande dimension, appelées condylômes saillants, sont provoquées par l'action irritante du virus blennorrhagique ; mais, suivant Thibierge, elles peuvent se produire indépendamment de la blennorrhagie. Les condylômes saillants peuvent acquérir une grande dimension et former de si énormes tumeurs qu'ils ressemblent tout à fait à la forme papillaire de l'éléphantiasis. Gascoyen en a vu un de la grosseur d'une tête d'enfant. »

En parlant du diagnostic, Hildebrandt dit : « Une difficulté peut se présenter dans la forme épidermoïde, lorsqu'elle ressemble aux tumeurs condylomateuses — mais la confusion de l'une avec l'autre peut être évitée par un examen sérieux du siège de la tumeur : l'éléphantiasis ne se présente jamais sans l'induration simultanée de la base de la tumeur, tandis que le condylôme a toujours une base molle et non hypertrophiée. »

Les auteurs anglais reservent exclusivement le terme d'éléphantiasis à la définition première, car Barnes, West et d'autres encore ne font pas mention de l'éléphantiasis.

Barnes parle simplement d'excroissances verruqueuses (syphilitiques): « L'hypertrophie considérable des petites lèvres, du clitoris ou plus rarement des grandes lèvres est assez souvent liée à ces excroissances verruqueuses, circonstance dont M. Clintock tire parti pour corroborer la probabilité de l'infection vénérienne comme cause de leur production. Mais, continue-t-il, ces hypertrophies se produisent fréquemment là où il n'y a pas d'excroissances et elles peuvent indubitablement se produire là où il n'y a pas d'infection vénérienne.»

J'ai accordé à ce sujet une aussi grande attention, pour montrer

que, bien que le miscroscope puisse signaler une différence pathologique, cliniquement on ne fait aucune différence, quand nous appelons ces tumeurs une simple hypertrophie ou de l'éléphantiasis. Le pronostic est naturellement, en ce qui concerne l'existence, favorable. La mort ne peut résulter de la tumeur elle-même, bien qu'elle puisse cependant porter atteinte à l'état général. En ce qui concerne la récidive, le pronostic n'est pas toujours aussi favorable, car les condylômes sont reconnus susceptibles de reparaître après l'extirpation.

Le traitement, lorsque la tumeur acquiert un volume énorme, ne peut être que chirurgical. Le traitement général peut, dans les cas spécifiques, rendre des services, mais les applications locales, sous forme de poudres, etc., sont seulement des moyens palliatifs; la première indication est l'ablation complète. On peut la faire, d'abord, par simple ligature étranglant la tumeur jusqu'à ce qu'elle tombe; mais c'est un moyen long et douloureux; ensuite, à l'aide des ciseaux ou du couteau concurremment avec la ligature ou sans elle. La ligature préventive doit être recommandée dans les cas où l'hémorrhagie est à redouter. Pour l'arrêter, on peut employer, immédiatement après la section de la tumeur, une substance caustique ou le cautère actuel. Ce moyen est surtout indiqué lorsqu'on soupçonne la syphiis. Le galvano-cautère est également d'un bon usage dans le même cas. Finalement on a recommandé l'écraseur.

Il est évident que quelquefois il peut se produire une hémorrhagie fâcheuse, comme cela m'est arrivé; j'ai regretté de n'avoir pas fait de ligature ou de n'avoir pas employé le cautère actuel, surtout ce dernier, comme j'en avais l'intention. L'absence d'hémorrhagie immédiatement après l'opération et l'ablation complète de toutes les parties malades et l'avis que me donna un des confrères présents qu'il n'y avait plus besoin de rien, me poussèrent à avoir simplement recours à la propriété himestatique de la compression. Si j'étais appelé de nouveau à faire l'ablation d'une semblable tumeur, je la lierais, — si le point d'attache était étroit, — avant de l'enlever avec le couteau, ou je réunirais, après l'opération, les bords de la plaie, ou enfin j'emploierais le cautère

actuel, soit sous forme du fer rouge, soit sous forme du thermo-cautère Paquelin.

Dr R. K.

REVUE DES SOCIÉTES SAVANTES

—

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE ROUEN

Séance du 20 Août 1883

—

Du traitement électrique de la douleur ovarienne chez les hystériques.

Le docteur *Apostoli* a fait une communication fort intéressante qui peut se résumer ainsi :

1° *Procédé opératoire.* — Il applique à l'utérus un courant *faradique ou induit* de *haute tension*, engendré par une bobine à fil fin et long. — L'appareil doit être à chariot, c'est-à-dire à hélice mobile, qui permettra de graduer facilement l'intensité électrique de *zéro à maximum.* — Des deux bobines, qu'il doit posséder, l'une à gros fil et l'autre à fil fin, la première doit être rejetée comme fournissant des courants de *quantité* propres surtout à réveiller la *contractilité musculaire* qu'il est inutile d'exciter dans ce cas particulier ; ils sont d'ailleurs très souvent mal supportés par les hystériques, et ne produisent jamais aussi rapidement la sédation que l'on obtient par les courants de *tension élevée et de petite intensité.*

La faradisation peut être *utéro sus-pubienne*, c'est-à-dire un pôle étant dans l'utérus, et le circuit étant fermé sur le ventre au-dessus du pubis ; mais il est préférable de lui substituer la *faradisation utérine double*, les deux pôles étant concentrés dans l'utérus à l'aide de *mon excitateur utérin double.* Chez la femme vierge ou bien pendant la grossesse, lorsqu'il y a obligation de s'interdire soit l'introduction du doigt conducteur dans le vagin (vierge), ou bien de la sonde dans l'utérus (grossesse), il suffit d'introduire et de laisser dans le vagin, la même sonde

ou une de plus gros calibre, et de faire ainsi une *faradisation vaginale double.*

2° *Dose.* — La dose doit être réglée sur l'intensité de la douleur à combattre, et sur la sensibilité du sujet. — Elle doit, en général, être petite et progressivement croissante avec beaucoup de lenteur. — Jamais elle ne doit être trop douloureuse, et *il faut toujours qu'elle soit facilement supportée.*

Du 10e *au* 5e *de l'engainement total de la bobine à fil fin de l'appareil à chariot de Tripier représente le plus souvent une intensité suffisante.*

3° *Durée.* — La durée doit être proportionnelle à la ténacité du mal. On doit persévérer jusqu'à ce que la douleur soit supprimée ou amoindrie dès la première séance. *De cinq minutes à trente et au besoin plus* seront quelquefois nécessaires pour atteindre ce but ; la moyenne est *de dix minutes.*

4° *Nombre.* — Le nombre des séances est chose variable ; toute ovarialgie soulagée ou supprimée dès la première faradisation est sujette à récidiver le soir ou le lendemain. — *De trois à huit ou dix séances* donnent, en général, un résultat complet et durable, quoique exposé à des retours éloignés offensifs, inhérents à la persistance de la diathèse. Des séances quotidiennes et successives sont presque toujours nécessaires.

5° *Conclusion clinique.* — L'influence exercée sur la douleur ovarienne (qui, topographiquement, est toujours sus-ovarienne) par un excitant appliqué loin de son siège et localisé dans l'utérus fournit une nouvelle contribution à l'appui de la théorie du rôle pathogénétique que l'utérus joue dans l'hystérie soit directement, soit par voie réflexe.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 août 1883.

NOTE ET CONSIDÉRATIONS SUR UN FŒTUS QUI A SÉJOURNÉ 56 ANS DANS LE SEIN DE SA MÈRE (1).

Par M. le professeur Sappey.

Lorsqu'un enfant est arrivé au terme de son développement, si un obstacle quelconque s'oppose à son expulsion, il ne tarde

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 27 août 1882.

pas à périr et devient alors pour la mère la cause des plus graves accidents, dont la mort est la conséquence ordinaire. Dans quelques circonstances extrêmement rares, on a vu cependant le fœtus se comporter à la manière d'un simple corps étranger, auquel s'habituaient si bien tous les organes environnants, qu'une nouvelle grossesse a pu se produire et suivre son cours naturel.

Comment ces enfants morts ont-ils pu se conserver dans le sein de leur mère vivante, pendant vingt-six ans, comme celui de Toulouse, pendant vingt-huit ans comme celui de Sens, pendant trente ans comme celui de Pont-à-Mousson, pendant trente-et-un ans comme celui de Joigny, pendant quarante-sept ans comme celui de Leinzel en Souabe, et enfin pendant plus d'un demi-siècle comme celui de Quimperlé, dont je parlerai plus loin ?

Dans le but d'expliquer leur conservation, deux théories ont été proposées. La plus ancienne est celle de la pétrification. Pour les auteurs qui l'admettent, les enfants conservés sont assimilables aux fossiles. Les principes immédiats de leur corps ont été emplacés, molécule à molécule, par une substance gypseuse, siliceuse ou calcaire, de telle sorte qu'ils ont changé de nature sans rien perdre de leur volume, de leur forme et de leur constitution primitive. Cette théorie s'appuie sur le durcissement extrême qu'offraient la plupart des organes chez quelques fœtus. Ainsi Billement avance que le fœtus de Pont-à-Mousson était pétrifié. Bartholin, qui avait vu le fœtus de Sens dans le cabinet des curiosités de Frédéric III, roi de Danemark, affirme qu'il était dur comme la pierre. Mais ni le fœtus de Leinzel en Souabe, ni le fœtus de Joigny, ni le fœtus de Quimperlé, n'étaient pétrifiés ; et la pétrification des fœtus précédents paraît d'ailleurs très contestable. Cette théorie est donc contredite par les faits observés.

La seconde théorie est celle du desséchement progressif.

Mais le fœtus de Quimperlé, qui n'était pas desséché, vient lui donner le plus complet démenti. Elle était donc insuffisante aussi. Il fallait, par conséquent, en chercher une troisième qui pût nous expliquer, non seulement pourquoi un enfant se conserve lorsqu'il se dessèche, mais aussi pourquoi il se conserve

lorsqu'il ne se dessèche pas. Cette nouvelle théorie prenant son point d'appui sur le fœtus de Quimperlé, j'en donnerai d'abord une rapide description.

Afin de ne pas abuser des moments de l'Académie, je dirai seulement que la mère devint grosse à 28 ans. Parvenue à l'âge de 84 ans et jusque-là assez bien portante, elle fut admise en 1845 à l'hospice de Quimperlé et mourut trois semaines après son entrée. M. Beaugendre, qui lui avait donné ses soins, en fit l'autopsie. La paroi abdominale largement incisée, il put constater que la tumeur était située en dehors de la matrice, sur le trajet de la trompe utérine droite. Cette tumeur, comme toutes celles du même ordre, était constituée par un kyste à parois extrêmement dures, à surface inégale et mamelonnée. Le kyste enlevé, on le divisa, à l'aide d'une scie, en deux parties égales. Bien grande alors fut la surprise des spectateurs. Dans cette enveloppe, qui appartenait par tous ses attributs au monde minéral, il y avait un enfant ! Et cet enfant, pendant sa longue captivité, n'avait subi aucune altération ! Il se présentait dans l'attitude qui lui est ordinaire, les membres fléchis sur le tronc, la tête inclinée sur le thorax. Les deux membranes pupillaires complètement développées attestaient qu'il était âgé de six à sept mois. L'enveloppe cutanée, les organes superficiels, les viscères situés dans les grandes cavités du corps, tous les muscles et toutes les parties molles avaient conservé leur consistance leur souplesse, leur couleur normales. Le fœtus, en un mot, apparut aux yeux des personnes présentes sous les traits d'un enfant qui vient de s'endormir. A ce spectacle inattendu, une sorte d'émotion s'empara de toute l'assistance et se propagea au dehors avec la rapidité de l'éclair. Aussi chacun d'accourir pour voir celui qu'on appelait le petit vieillard de 56 ans.

Ce fait, unique, je crois, dans les annales de la science, suffit à lui seul pour réfuter la théorie du desséchement. Loin de moi cependant la pensée de méconnaître la haute portée du travail de Morand. Cet auteur avait bien compris que l'emprisonnement parfait du fœtus avait surtout pour avantage de le mettre à l'abri du contact de l'air. Mais nous savons aujourd'hui que l'air n'est pas nuisible en lui-même. Dans une expérience restée célèbre, M. Pasteur démontrait à l'Académie des sciences, le 20

avril 1863, que lorsqu'il est privé de ses germes, les matières organiques ne se décomposent pas. L'illustre expérimentateur s'exprime ainsi :

« J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie des ballons renfermant de l'air pur et du sang de chien en bonne santé. Ces ballons ont été exposés depuis le 3 mars dans une étuve constamment chauffée à 40°. Le sang n'a éprouvé aucun genre de putréfaction. Je dépose également sur le bureau des ballons pareils aux précédents renfermant de l'urine fraîche ; elle est restée intacte. »

Entre ces ballons de M. Pasteur contenant des matières putrescibles et les ballons calcaires, dans lesquels se trouvaient renfermés les fœtus dont je viens de parler, il existe une saisissante corrélation. Seulement, dans les ballons de M. Pasteur, il y avait des liquides putrescibles et de l'air privé de ses germes ; dans les ballons que la nature avait construits de toutes pièces autour des fœtus qu'elle voulait conserver, il n'y avait ni air ni germes. De part et d'autre, en un mot, les germes atmosphériques faisaient défaut, et, de part et d'autre aussi, le contenu putrescible a résisté à la décomposition putride. Ainsi s'explique la conservation des enfants qui sont restés après leur mor un grand nombre d'années dans le sein de la mère. Ramenés à leur véritable interprétation, tous les faits précédemment mentionnés apportent donc une éclatante confirmation à la doctrine que M. Pasteur défend depuis vingt-cinq ans, avec tant de zèle, de succès, de dévouement et une si louable énergie. Devant ces faits, les théories anciennes doivent disparaître pour faire place à une théorie nouvelle, plus en harmonie avec les données de la science moderne. Cette nouvelle théorie peut être ainsi formulée :

Les enfants qui, après la mort, se conservent indéfiniment dans le sein de la mère sont redevables de leur conservation aux conditions physiques de leur emprisonnement qui ont pour avantage de les mettre à l'abri des germes atmosphériques.

Un dernier mot sur le fœtus de Quimperlé. Après l'avoir attentivement examiné dans ses moindres détails, M. Beaugendre le déposa dans un bocal rempli d'alcool un peu étendu et renouvela d'abord ce liquide de temps en temps pendant

quelques années ; puis plus tard, voulant éviter cette petite opération, il l'exposa à l'air libre pour le dessécher. Le traiter ainsi, c'était le dépouiller de son attribut le plus précieux et commettre un acte bien regrettable, que je reprochai à mon savant et distingué confrère. Il le reconnut avec franchise. Mais le mal était irréparable. La dessiccation, après immersion prolongée dans l'alcool, devait être et resta, en effet, définitive. C'est dans cet état qu'il m'a été remis et que j'ai l'honneur de le présenter à l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 juin 1883. — Présidence de M. Gueniot.

COMMUNICATION.

Kystes de l'ovaire, ovariotomie. — M. Terrillon fait une communication ayant pour titre : « Kystes de l'ovaire enclavés en partie dans le ligament large, conséquences de cette disposition au point de vue de l'ovariotomie. » Il fait connaître trois observations de kystes de cette sorte dont l'ablation a présenté de grandes difficultés en raison même de cette disposition.

Ces observations lui servent de point de départ pour étudier cette variété de kystes encore peu connue, malgré les travaux de Karl Schrœder, Mueller, Péan, Kœberlé, etc.

Les kystes du ligament large sont de deux ordres : les uns nés aux dépens de l'organe de Rosenmuller (kystes paraovariens), les autres développés aux dépens de l'ovaire proprement dit ; M. Terrillon ne s'occupe que de ces derniers.

Faciles à enlever lorsqu'ils sont pédiculés, ils sont au contraire très difficilement énucléables lorsqu'ils ont contracté des adhérences. Or, parmi ces adhérences, les unes, de nature inflammatoire, sont celles auxquelles on fait allusion le plus souvent lorsqu'on parle de kystes adhérents ; d'autres existent en dehors de toute inflammation et résultent du mode de développement de la tumeur. Celle-ci, au lieu de s'étaler librement dans l'abdomen et de flotter dans la cavité péritonéale, ne conservant de connexion avec les organes voisins que par les moyens d'u-

nion ordinaire de l'ovaire, s'infiltre, en quelque sorte, entre les deux feuillets du ligament large. Tantôt c'est la totalité de la tumeur qui occupe ce siège insolite ; d'autres fois, c'est un seul de ses lobes. Cette dernière disposition est la plus fréquente. Lorsqu'elle existe, on a une tumeur composée de deux parties : l'une supérieure, libre dans le péritoine ; l'autre généralement plus petite, cachée dans le ligament large.

Il résulte de ce développement insolite que le kyste arrive au contact direct, sans interposition du péritoine, des parties latérales de l'utérus, de la vessie, du cul-de-sac vaginal, d'une part, des parois du bassin, des vaisseaux et nerfs iliaques, d'autre part. Tout d'abord un tissu cellulaire, lâche, interposé, permet l'énucléation facile de la tumeur ; mais, à la longue, des adhérences uniront intimement ces diverses parties, une circulation commune s'établira entre elles, et leur section ne pourra se faire sans donner lieu à l'écoulement d'une grande quantité de sang. Mais ce n'est pas tout : les feuillets du ligament large, en même temps qu'ils se vascularisent, s'épaississent, et, dans ces conditions, leur séparation après l'opération est difficile, quelquefois même impossible.

Telle est la disposition générale des kystes enclavés ; ils peuvent, en outre, présenter certaines variétés : tantôt la tumeur se porte directement en bas et en dedans, de manière à se mettre en rapport directement avec le plancher pelvien, l'utérus, la vessie et les parois du petit bassin. Tantôt elle se dirige en arrière, soulève en l'effaçant le ligament de Douglas, et vient se mettre en rapport avec l'intestin. Enfin, en atteignant la face antérieure des vertèbres lombaires, elle soulève le mésentère et l'intestin grêle avec lequel elle contracte des adhérences.

Dans ce dernier cas, la dissection de la tumeur est des plus dangereuses, à cause de ses connexions avec les gros vaisseaux et les parois intestinales.

Il est malheureusement impossible, dans la plupart des cas, d'établir un diagnostic précis de cette position du kyste ovarique dans l'épaisseur du ligament. Cependant, on peut le soupçonner lorsque l'on sent une partie de la tumeur proéminant à côté ou derrière le col utérin, au niveau du cul-de-sac vaginal.

Si l'utérus est entraîné en haut, cela peut tenir aussi à ce

fait, que cet organe, adhérant au kyste, a suivi celui-ci dans son développement du côté de l'abdomen.

Le cathétérisme vésical, faisant reconnaître que la partie supérieure de la vessie atteint un niveau élevé au-dessus du pubis, peut donner des renseignements utiles, car la vessie est aussi entraînée par le kyste.

Les lésions rénales avec rétention et urémie peuvent indiquer une compression de l'uretère (Kœberlé).

Enfin, la présence des intestins au devant de la tumeur permettrait de penser qu'en se portant vers la colonne vertébrale elle a soulevé le péritoine et par conséquent l'intestin.

Mais ces signes sont trompeurs, car beaucoup d'autres causes, telles que les adhérences inflammatoires, la pression d'un prolongement kystique derrière l'utérus, peuvent donner les mêmes symptômes. Aussi ne peut-on avoir que des présomptions, mais aucune certitude avant l'opération; dans la plupart des cas, cette disposition n'a été reconnue qu'après l'ouverture de l'abdomen.

Le pronostic des kystes de l'ovaire, présentant cet enclavement, est ordinairement très grave à cause de l'absence du pédicule.

En effet, tantôt le kyste pourra être séparé des feuillets du ligament large et des organes voisins par une dissection minutieuse, mais à sa place restera une surface saignante donnant des liquides abondants, capables d'engendrer la septicémie. La dissection peut être dangereuse, car on s'expose à blesser la vessie, l'uretère et l'intestin.

Tantôt, au contraire, une partie de la tumeur ne peut être enlevée ; elle est abandonnée sur place, et, malgré toutes les précautions, elle peut devenir la cause d'accidents divers, d'une fistule permanente ou d'une récidive. M. Terrier, dans un mémoire récent, a démontré que ces opérations incomplètes étaient particulièrement graves et donnaient des résultats déplorables.

Lorsque le chirurgien, dans le cours d'une ovariotomie, se trouve en présence d'un enclavement d'une portion de la tumeur dans le ligament large, il doit se demander si la décortication totale est possible ou si, au contraire, il doit abandonner une partie de la tumeur.

Si la décortication peut se faire entièrement, il est toujours

utile de diminuer, autant que possible, la plaie qui résulte de l'ablation du kyste, en suturant ensemble, au moyen de petits catguts, les lambeaux des feuillets du péritoine. On diminue ainsi l'écoulement de sérosité qui serait difficilement absorbée; et l'on supprime la nécessité d'un drainage souvent plus dangereux qu'utile.

Dans le cas où la décortication semble impossible, il faut se résigner à n'enlever que la partie du kyste qu'on peut faire saillir à l'extérieur.

La partie qui doit rester est fixée au bord de l'incision abdominale par des points de suture rapprochés et même assujettis vers les parties supérieures et inférieures, au moyen de broches traversant largement la paroi abdominale.

La cavité kystique doit être nettoyée avec exactitude, les bourgeons et les cloisonnements détruits autant que possible, et des tubes à drainage volumineux doivent plonger dans toute anfractuosité, afin d'assurer l'écoulement du liquide.

Dans quelques cas spéciaux, il faudra faire le drainage vaginal.

On ne saurait trop insister sur le traitement consécutif qui consiste à éviter toute rétention de liquides septiques pouvant entraîner des accidents graves. Des lavages fréquents avec des liquides antiseptiques, acide phénique, acide borique, eau-de-vie camphrée, etc., constituent le meilleur moyen. Enfin, si le fond de la cavité ou ses parois bourgeonnent trop abondamment, le chlorure de zinc pourra les réprimer. On arrivera ainsi, dans un assez grand nombre de cas, à guérir cette plaie fistuleuse, mais il faudra toujours plusieurs mois ou même des années. Malheureusement, cette guérison apparente n'est souvent pas définitive, car les débris de ce kyste peuvent végéter de nouveau et constituer une véritable récidive, qui, cette fois, sera au-dessus des ressources de la chirurgie.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Séance du 4 juillet. — Présidence de M. Guéniot.

M. Terrier demande la parole à l'occasion du procès-verbal et de la communication faite par M. Terrillon, dans la dernière

séance, sur la conduite à tenir par le chirurgien dans les opérations d'ovariotomie lorsque les kystes ovariens sont inclus en partie dans les ligaments larges.

Nous nous sommes borné, dans notre dernier compte rendu, à mentionner, en quelques mots, la communication de M. Terrillon, nous réservant d'y revenir à l'occasion de la discussion dont elle devait être l'objet à la séance suivante, et pour laquelle plusieurs membres s'étaient fait inscrire.

La pensée de M. Terrillon, en faisant cette communication, a été de présenter un travail d'ensemble sur une question qui lui paraissait insuffisamment étudiée, et d'établir quelques règles de conduite au point de vue du manuel opératoire, dans les cas où les kystes ovariques sont enclavés dans les ligaments larges.

Son travail repose sur trois observations d'ovariotomie pratiquée dans des cas de ce genre et qui ont présenté des difficultés particulières. De ces trois cas, deux ont été suivis de guérison, la troisième opérée est morte de péritonite purulente.

Parmi les kystes de l'ovaire développés dans le ligament large (kystes dont il faut distinguer les tumeurs para-ovariennes), les uns sont pédiculés et facilement énucléables, les autres ont contracté des adhérences plus ou moins intimes avec les parois du bassin et les organes qui sont renfermés dans cette cavité. C'est dans les cas de kystes adhérents que l'opération de l'ovariotomie peut devenir extrêmement difficile, parfois même impraticable.

En effet, lorsque le kyste arrive au contact direct sans interposition du péritoine avec les parties latérales de l'utérus, de la vessie, du rectum, du cul-de-sac vaginal, des parois du bassin, des vaisseaux et des nerfs iliaques, etc., il s'établit peu à peu des adhérences intimes qui unissent le kyste avec ces diverses parties, il se forme entre elles et lui une circulation commune, si bien que la dissection de la tumeur rompant les nouvelles attaches vasculaires provoquera un écoulement de sang considérable. En outre, l'épaississement des ligaments larges vascularisés et hypertrophiés peut être tel que leur séparation soit très difficile et même impossible.

Les kystes ovariens ainsi enclavés peuvent présenter plusieurs variétés.

Tantôt la tumeur se porte directement en bas et en dedans

de manière à se mettre directement en rapport avec le plancher du bassin, l'utérus, la vessie et les parois du petit bassin.

Tantôt elle se dirige en arrière, soulève le ligament de Douglas et se met en contact avec l'intestin.

Tantôt, enfin, la tumeur, dans son développement, atteint la face antérieure des vertèbres lombaires, soulevant devant elle le mésentère et l'intestin grêle avec lequel elle contracte des adhérences. Dans ces conditions, la dissection de la tumeur devient surtout périlleuse, à cause des connexions avec les gros vaisseaux et les parois intestinales.

Le diagnostic de l'enclavement du kyste ovarique dans l'épaisseur du ligament large est impossible dans le plus grand nombre des cas. On ne peut que le soupçonner lorsque l'on sent une partie de la tumeur faisant saillie à côté du col utérin ou derrière lui, au niveau du cul-de-sac vaginal.

Dans quelques cas, l'utérus adhérent au kyste est entraîné dans le développement de celui-ci du côté de la cavité abdominale. Dans d'autres cas, c'est la vessie qui est ainsi entraînée par l'ascension du kyste et qui vient occuper un siège élevé au-dessus du pubis, ce que l'on reconnaît à l'aide du cathétérisme.

Dans le plus grand nombre des cas, l'enclavement des kystes ovariques dans l'épaisseur du ligament large n'est reconnu qu'après l'ouverture du ventre. Ce qui constitue la gravité du pronostic de cet enclavement, c'est l'absence de pédicule des kystes enclavés. Si l'on parvient à énucléer complètement la tumeur, il reste une surface saignante livrant passage à une grande quantité de liquides susceptibles de s'altérer et de donner naissance à la septicémie. En outre, la dissection de la tumeur expose à blesser la vessie, l'uretère, l'intestin, les gros vaisseaux, etc.

Si la tumeur ne peut être enlevée en totalité et que l'opération reste incomplète, la partie de la tumeur abandonnée dans le ventre peut repulluler, ou bien devenir la cause d'accidents plus ou moins graves, dont le moindre est l'existence permanente d'une fistule.

Lorsque la décortication peut être effectuée d'une manière complète, M. Terrillon conseille de la faire sans hésitation, en ayant soin de suturer minutieusement au catgut les lambeaux de péritoine, de manière à diminuer autant que possible l'éten-

due de la plaie, et par conséquent la quantité des liquides exhalés par elle ; on supprime également ainsi la nécessité d'un drainage, qui a plus d'inconvénients que d'avantages.

Si la décortication, après essai, est reconnue impossible, le chirurgien doit se résoudre à laisser dans le ventre toute la partie qui ne peut être amenée à l'extérieur ; cette partie, après l'ablation de tout ce qui a pu être enlevé, doit être fixée aux bords de la plaie abdominale par des points de suture rapprochés ; en outre, on l'assujettit à ses deux extrémités à l'aide de broches qui traversent largement la paroi abdominale.

Après l'opération, il faudra insister sur les lavages quotidiens de la cavité kystique ; on détruira les bourgeons et les cloisonnements au fur et à mesure de leur production ; des tubes à drainage placés dans toutes les anfractuosités devront assurer l'écoulement des liquides.

Le drainage vaginal, conseillé par quelques auteurs, pourra être employé avec succès dans certains cas particuliers. Cette méthode a l'avantage de préserver le péritoine tout en permettant l'écoulement du pus.

Le traitement consécutif mérite une attention toute particulière de la part du chirurgien. Il consiste à prémunir l'opérée contre toute rétention de liquide pouvant entraîner des accidents de septicémie. Dans ce but, on fera de fréquents lavages avec des liquides antiseptiques, tels que l'acide phénique, l'acide borique, l'alcool camphré, ou d'autres liquides analogues.

Contre les végétations et les bourgeonnements des parois de la cavité kystique, il sera indiqué de pratiquer des cautérisations avec le chlorure de zinc ; mais il ne sera pas toujours possible d'empêcher ainsi les récidives.

M. Terrier déclare qu'il examinera la question soulevée par M. Terrillon en s'en tenant uniquement aux résultats de sa pratique personnelle au seul point de vue de la médecine opératoire.

Sur 63 opérations d'ovariotomie qu'il a pratiquées, il a rencontré seulement 7 cas de kystes ovariques enclavés dans le ligament large, ce qui indique une rareté relative de cette variété.

Dans les 7 cas qu'il a opérés, il s'est toujours agi d'opérations complètes et non pas de ces opérations incomplètes dont a parlé

M. Terrillon comme d'une sorte de traitement particulier à ce genre de kystes ovariques. Si deux fois sur les trois cas qu'il a observés, M. Terrillon a dû laisser l'opération incomplète, ce n'est pas là un fait particulier aux kystes ovariques enclavés dans le ligament large.

Quels que soient la nature ou le siège du kyste, il se présente des conditions particulières qui obligent le chirurgien à laisser son opération inachevée, mais on ne peut considérer cette circonstance comme une méthode particulière de traitement ; en d'autres termes, ce n'est pas là une méthode que l'on choisit, mais une nécessité que l'on subit. Sur les 7 opérations complètes qu'il a pratiquées, M. Terrier a eu 5 guérisons et 2 morts.

L'auteur donne le résumé de ces 7 observations en faisant remarquer, à plusieurs reprises, que les premières opérations qu'il a pratiquées remontent à une date antérieure au moins d'une année à l'époque où M. Terrillon a pratiqué les siennes. Ainsi la première opération de M. Terrier a été pratiquée en mai 1879, à la Salpêtrière.

M. Terrier distingue deux variétés de kystes enclavés dans le ligament large : une variété comprend les kystes pédiculés, et l'autre comprend les kystes non pédiculés.

Dans la première variété, on rencontre des cas dans lesquels le pédicule est dédoublé, un pédicule étant formé par le ligament de l'ovaire, l'autre pédicule étant constitué par le faisceau des vaisseaux utéro-ovariens. Dans deux cas de ce genre, l'un des pédicules fut lié, sectionné et abandonné dans le ventre, l'autre fut amené et fixé en dehors. Dans tous les cas, l'énucléation de la tumeur a été complète.

M. Pozzi a écouté avec intérêt les communications de MM. Terrillon et Terrier, mais il ne voudrait pas laisser supposer aux chirurgiens étrangers que la question dont il s'agit a été considérée comme une chose nouvelle à la Société de chirurgie de Paris. A l'étranger, comme en France, l'énucléation des tumeurs ovariennes enclavées dans le ligament large a été parfaitement indiquée et pratiquée dès les débuts de l'ovariotomie. On lui a même donné quelque part un nom particulier et significatif, celui de *marsupaisation* de la femme, pour exprimer que l'on créait ainsi, chez la femme, une poche ventrale comme chez les femelles de marsupiaux.

M. Polaillon fait remarquer l'impossibilité où se trouve le chirurgien, dans la plupart des cas, de faire le diagnostic des kystes ovariens enclavés dans le ligament large et de les différencier des autres kystes de l'ovaire même après l'ouverture de la cavité abdominale. On ne sait le plus souvent si l'on a affaire à un kyste inclus dans le ligament large, ou bien à un kyste ordinaire ayant contracté des adhérences avec les parois pelviennes ou avec les organes voisins.

Quant à la décortication complète de ces sortes de tumeurs, elle est assez difficile à réaliser. Dans un cas où il a pratiqué cette opération, dans son service de l'hôpital de la Pitié, avec l'assistance de M. Verneuil, M. Polaillon a pu parvenir à pédiculiser la tumeur, mais elle avait contracté des adhérences tellement intimes avec la face antérieure du rectum que la paroi de cet intestin a été comprise par la ligature et sectionnée avec la tumeur. La malade est morte avant que les suites de cet accident opératoire eussent pu produire leurs effets fâcheux.

Comme MM. Terrillon et Terrier, M. Polaillon est d'avis qu'il faut autant que possible chercher à faire la décortication complète des tumeurs ovariennes enclavées dans le ligament large. Les opérations incomplètes ont, en effet, l'inconvénient grave de laisser dans ce repli du péritoine des portions de tumeur qui fournissent une suppuration abondante et des liquides susceptibles de produire la septicémie ; ces mêmes portions peuvent en outre devenir le point de départ de végétations, de bourgeonnements, en un mot d'une véritable repullulation de la tumeur enlevée.

Il est vrai de dire, toutefois, que, dans quelques cas, on a vu ces portions, ou, si l'on peut ainsi parler, ces moignons de tumeur laissées dans les feuillets du ligament large s'atrophier, et cette atrophie a eu pour conséquence heureuse la guérison complète des malades. Mais ce sont là des cas très rares.

Enfin, lorsque ces tumeurs intra-ligamenteuses ont contracté des adhérences intimes avec les parois de l'excavation pelvienne ou avec les organes, tels que la vessie, l'utérus, le rectum, les gros vaisseaux, etc., le pronostic de l'opération devient extrêmement grave, et l'on ne sauve pas même une malade sur trois, comme on l'a dit.

M. Lucas-Championnière pense que si M. Terrillon, au lieu

de faire sa communication avec trois observations seulement, avait pris la peine de dépouiller une série de 150 ou 200 cas de ce genre, il n'aurait pas eu l'idée d'ériger en méthode particulière de traitement ce qui est de pratique courante depuis que l'on fait l'ovariotomie.

En résumé, il est impossible de prévoir à l'avance si l'on aura affaire à un kyste inclus dans le ligament large ou à un kyste ordinaire. C'est pendant l'opération, et souvent à un moment tardif, que l'on peut reconnaître si l'on manœuvre dans le ligament large ou au sein d'adhérences plus ou moins intimes. Quoi qu'il en soit, il s'agit là de simples particularités pathologiques conduisant le chirurgien à certaines modifications des règles du manuel opératoire ; mais il n'y a pas lieu d'ériger ces modifications en une méthode opératoire particulière.

Il n'est pas de chirurgien pratiquant cette opération qui n'ait rencontré de ces cas, et qui n'ait été obligé de modifier le manuel opératoire d'après les particularités qu'il avait sous les yeux et qu'il ne pouvait prévoir avant l'opération. Ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, il arrive même parfois que le chirurgien, après avoir incisé le ventre, ne sait pas très bien, pendant la dissection de la tumeur, s'il manœuvre dans le ligament large ou s'il décolle de simples adhérences.

Quant au diagnostic des kystes parovariens d'avec les kystes enclavés dans le ligament large, M. Lucas-Championnière déclare avoir opéré plusieurs kystes parovariens et n'avoir pas constaté l'inclusion d'une partie de la tumeur dans le ligament large. Suivant lui, il n'existe pas de mode particulier de développement de ces kystes.

En ce qui concerne l'opération, il n'y a pas de méthode opératoire par l'opération incomplète, comme l'a dit M. Terrillon. Quand on laisse une partie de la tumeur dans le ventre, c'est qu'on y a été forcé par quelque condition particulière du cas auquel on avait affaire ; ce n'est pas là un procédé de choix, mais de nécessité. Quant au drainage, on le fait quand on ne peut faire autrement.

M. Monod a opéré à la Salpêtrière une femme qui avait une tumeur fibro-kystique de l'ovaire et qui lui avait été adressée par M. le docteur Bazy. L'opération fut difficile et laborieuse. Après l'incision des parois abdominales, on se trouva en pré-

sence de barrières existant de tous les côtés ; on ne pouvait d'aucune part pénétrer dans la cavité pelvienne. Il semblait qu'il y avait fusion complète et intime de tous les organes pelviens avec la tumeur. Il fut pourtant possible enfin de pénétrer dans le petit bassin dans lequel plongeait la tumeur. Il fallut une dissection longue et attentive pour détacher les adhérences et des pinces à forcipressure nombreuses pour empêcher les hémorrhagies. M. Monod dut se borner à réséquer la partie volumineuse et la plus saillante de la tumeur et se résigner à laisser le reste dans le ventre. Il plaça plusieurs drains et fit des lavages avec des liquides antiseptiques. Trois semaines après, la malade était hors de danger ; après la cautérisation de la plaie, la portion de la tumeur restée dans le ventre subit un travail d'atrophie comme dans le cas rappelé par M. Polaillon, et la malade put rentrer chez elle complètement guérie.

M. Terrier dit que les adhérences ne sont pas particulières aux kystes ovariens développés dans l'épaisseur des ligaments larges ; c'est là une particularité commune à toutes les espèces de kystes et qui n'entraîne pas l'emploi d'une méthode de traitement particulière à cette variété pathologique. Ce n'est pas dans ce cas seulement que le chirurgien se voit contraint de faire une opération incomplète. Ces sortes d'opérations sont toujours ou presque toujours fâcheuses ; ce n'est que par exception que les portions de tumeur laissées dans le ventre subissent un travail d'atrophie. M. Terrier n'a jamais vu cette atrophie, mais, au contraire, la repullulation de ces masses laissées dans la cavité abdominale.

Dans ces opérations incomplètes, deux cas peuvent se produire. Lorsque l'on a lié le pédicule et détruit les vaisseaux utéro-ovariens qui alimentent la tumeur, on aura chance qu'il se produise une atrophie de la masse laissée dans la cavité abdominale; mais si le pédicule vasculaire est resté intact, il y aura repullulation fatale. Encore une fois, il n'y a pas lieu d'ériger à ce point de vue une méthode opératoire particulière ; on opère comme on peut, non comme on veut. L'opération est soumise à des règles générales ; il n'y a pas de procédé opératoire spécial pour les cas de ce genre.

(*L'Union Médicale.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

PRÉSENTATION SIMULTANÉE PAR LA VULVE ET PAR L'ANUS

Par M. le docteur Reignier.

La nommée L... habite la petite ville de M..., située à 12 kilomètres de mon domicile. C'est une forte fille de vingt-huit ans, à mœurs plus qu'équivoques, puisqu'elle n'est pas mariée et qu'elle est en train de mettre au monde un produit de sept mois et demi. D'après les renseignements, ce travail aurait commencé le jeudi, dans l'après-midi. Les douleurs régulières auraient amené la tête au périnée dès le vendredi, à neuf heures du matin. A partir de ce moment, les douleurs auraient pris le caractère pathologique. Ces douleurs se seraient continuées toute la journée du vendredi, et ce ne serait qu'au soir que la sage-femme, désespérant de l'expulsion, aurait appelé à son aide deux confrères instruits de la localité.

En présence d'une primipare, d'un périnée résistant et de douleurs fatigantes et sans effet, mus par une modestie exagérée, ils voulurent bien me faire l'honneur de m'appeler et de me charger d'une mission qui, si elle était sans gloire, n'était assurément pas sans danger pour l'opérateur, comme la suite de l'observation va le faire connaître.

Samedi, à neuf heures du matin, je me trouvais auprès de la parturiente, assisté de mes deux honorables collègues. Un simple coup d'œil me fait en effet juger l'intervention nécessaire. Le périnée bombe terriblement. La vulve œdémateuse, basculée par la propulsion, insuffisamment entr'ouverte, occupe une situation presque horizontale. L'index introduit entre la tête et la circonférence vulvaire qui l'enserre, donne la sensation d'un anneau absolument inextensible et comme coupant, qui, en dehors de la durée du travail, prouve insuffisamment l'inutilité des contractions ultérieures.

La tête, petite, il est vrai, repose sur le périnée depuis vingt-quatre heures. C'est une faute et une faute énorme.

Je fais mettre la femme en situation. J'écarte les cuisses, et au moment de saisir mon forceps j'aperçois tout à coup ce que les Anglais appelleraient : *the great attraction*, et ce que je me contenterai tout simplement d'intituler : *le clou de la pièce*. Le clou, dans l'espèce,

est constitué par l'anus de la patiente, dilaté dans l'étendue d'une pièce de deux francs, étonnamment aplati et plus étonnamment encore obturé jusqu'à la gueule par un tampon bleuâtre donnant de loin l'aspect grossier et la couleur approximative d'une tumeur hémorrhoïdale congestionnée. Le périnée est intact, très résistant et très épais. Le tampon rectal est extrêmement dur au toucher et n'adhère point aux parois rectales. En cherchant à le soulever, le mouvement se propage jusqu'à la partie de l'enfant visible à la vulve. En grattant légèrement la surface, j'amène des cheveux à travers l'orifice. Ces cheveux adhèrent à la tumeur.

Le doute n'est plus permis ; l'intestin est défoncé et la tête, gênée dans son évolution, placée en occipito-sacrée, impuissante devant un périnée vraiment opulent, se rabat sur l'anus où elle enfonce l'occiput comme un coin pour frayer la voie.

Après avoir fait constater à mes deux confrères l'état local et instruit la famille des conséquences, je procède à l'application du forceps dans une situation presque verticale, en raison de la direction horizontale de l'axe vulvaire et de la précipitation de la tête presque complète dans les parties molles. Au bout de quelques instants, j'extrais l'enfant en état complet d'asphyxie.

C'est bien un produit de sept mois et demi. Une légère saignée du cordon, l'insufflation bouche à bouche et la respiration artificielle en portant les bras sous l'occiput, le ramènent rapidement à la vie qu'il devait laisser vingt-quatre heures après.

Il y a plusieurs choses à noter dans cette observation :

1° Un côté pittoresque, une vulve refoulée en haut, horizontale et elliptique, un anus vertical, magistralement dilaté et arrondi en œil-de-bœuf, une tête qui n'a pas d'issue et qui en trouve deux, en apportant à chacune des fenêtres sa coloration typique qui donne au tableau de cette singulière présentation une couleur locale qu'il est impossible d'oublier.

2° Un côté qui manque complètement de cachet, c'est la fistule recto-vaginale qui va compromettre l'existence sociale de cette malheureuse fille et nécessiter ultérieurement une opération qui, dans beaucoup de cas, échoue misérablement.

3° Un côté dangereux pour l'accoucheur. Si l'anus eût été moins dilaté ou pas dilaté du tout, le rectum n'en aurait pas été moins perforé, en raison de la petitesse de la tête et de l'intervention forcée de l'instrument, les personnes étrangères assurément, et les personnes de l'art

peut-être, auraient pu suspecter l'intervention de l'opérateur et le faire le bouc émissaire de la trouée céphalique.

4° Enfin, un côté répréhensible et qui incombe en entier à la sage-femme, puisque la tête était déjà sur le périnée depuis douze heures avant qu'elle eût songé à faire appel au corps médical.

Il résulte de ce fait comme enseignement que toutes les fois qu'un accoucheur sera en présence d'une tête dont le séjour sur le périnée aura dépassé deux heures,— temps réglementaire, — que cette tête soit volumineuse ou non, que la parturiente ait des douleurs ou n'en ait pas, il devra intervenir, et, avant l'intervention, diriger un œil discret et un doigt prudent, si le délai établi par les auteurs est dépassé, du côté du rectum, s'il ne veut pas réaliser la fameuse figure de Chailly (Honoré), figure qui a fait rire longtemps et qui fera rire toujours, dans laquelle il compare le périnée de la femme en couches à une toile d'araignée, à laquelle serait suspendue, d'un côté, l'existence sociale de la femme, et, de l'autre, la vie matérielle et scientifique de l'accoucheur.

Dans l'espèce, nous nous félicitons d'avoir sauvé l'une, laissant au temps et à la chirurgie le soin de restituer l'autre en réparant les méfaits d'un occiput un peu précoce et assurément trop naturaliste.

(*Gazette des hôpitaux.*)

DES CAUSES, DES RÉSULTATS ET DU TRAITEMENT DES DÉCHIRURES DU COL DE L'UTÉRUS.

Le Dr Macdonald expose une série de cas de déchirures du col de l'utérus, traités par lui avec succès selon la méthode d'Emmet, et il donne les règles suivantes que l'on fera bien de suivre en pareil cas:

1° *Traitement opératoire.* Repos au lit; tous les jours une douche vaginale chaude afin de diminuer la congestion.

2° *Mise à nu et fixation du col.* A moins d'être retenu par des brides cicatricielles ou inflammatoires, le col doit être attiré hors de la vulve à l'aide d'un crochet, et retenu dans cette position par un fil assez court, passé à travers les lèvres antérieure et postérieure, et noué par un nœud simple. Par ce moyen, l'une des lèvres peut être séparée en tirant sur le fil passé à travers les lèvres.

3° *Avivement des bords.* On place la malade dans la position de la lithotomie, et on avive les bords de la déchirure avec un bistouri ou

les ciseaux vaginaux. Le Dr Macdonald aime mieux les ciseaux qui exposent à moins d'hémorrhagies.

4° *Arrêt de l'hémorrhagie.* Si le col est très hypertrophié, on peut appliquer le tourniquet de Briesky, et on a alors une opération sans perte de sang ; mais, en général, on arrête l'hémorrhagie avec de la glace ou des jets d'eau chaude.

5° *Sutures.* On les fait au moyen d'aiguilles courtes, pointues, passées dans les porte-aiguilles.

6° *Fixation des fils.* Les deux bouts de chaque fil sont tordus au-dessus d'une petite pièce servant de bouclier ; puis on les place soigneusement dans une direction parallèle au col et l'on évite ainsi les blessures du vagin.

7° *Traitement consécutif.* La malade garde le lit pendant une dizaine de jours ; on lave le vagin avec une solution antiseptique, deux fois par jour ; on enlève les sutures le dixième jour, et on ne permet à la malade de marcher qu'après dix jours nouveaux.

(*Edinb. Med. Journal. — Glasgow. Med. Journal.*)

MOLLUSCUM SIMPLEX DE LA GRANDE LÈVRE

Par M. A. Marfan, interne des hôpitaux (1).

Une jeune fille de 21 ans, d'une santé parfaite, ayant un développement intellectuel et physique normal, entre le 14 octobre dans le service de M. Théophile Anger, à l'hôpital Cochin (salle Cochin, n° 24.)

C'est depuis cinq ans seulement qu'elle s'est aperçue de son affection : elle constata alors une petite grosseur à la grande lèvre gauche. Elle se garda bien d'en parler ; mais cette grosseur ne fit que croître jusqu'à l'époque actuelle, où, effrayée de ses dimensions, elle s'en ouvrit à un médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

L'interrogatoire de la malade à son entrée à l'hôpital nous apprend que personne dans sa famille n'a été atteint d'une affection semblable, soit aux organes génitaux externes, soit dans une autre région.

La tumeur a eu une marche particulièrement rapide, surtout depuis dix-huit mois. Un seul incident a troublé son évolution : il y a trois semaines, sous l'influence du frottement, dit la malade, la tumeur s'est percée et a donné lieu à un écoulement de sang très abondant.

(1) Note communiquée à la Société anatomique.

Puis l'écoulement s'est arrêté et la malade prétend que, depuis, la tumeur a diminué.

L'examen des signes physiques nous donne les résultats suivants. Il s'agit d'une tumeur pédiculée dont le pédicule s'insère à la grande lèvre du côté gauche ; et le fait de la pédiculisation nous oblige à décrire le corps de la tumeur et le pédicule.

L'insertion de ce pédicule est linéaire et comprend toute l'étendue de la grande lèvre ; il a une face interne et une face externe qui se continuent sans ligne de démarcation avec la face interne de la grande lèvre. Sa hauteur est celle de la grande lèvre. Sa longueur est d'environ un centimètre ; mais je dois dire que, lorsqu'on tirait sur la tumeur, le pédicule s'allongeait et pouvait acquérir une longueur de deux centimètres. L'épaisseur du pédicule est d'environ un demi-centimètre.

Les caractères extérieurs du pédicule sont exactement ceux de la grande lèvre elle-même. Le corps de la tumeur qui est supporté par ce pédicule est à peu près gros comme le poing. Il est constitué par un certain nombre de lobules : les uns qu'on peut appeler primitifs et assez gros ; les autres qu'on peut appeler secondaires, plus petits et s'insérant sur les lobules primitifs ; d'autres enfin qu'on pourrait appeler tertiaires qui s'insèrent sur les secondaires et qui sont les plus petites en volume. Cette disposition donne à la tumeur un aspect feuillu qui est tout à fait spécial et qui peut la faire comparer à une grappe. Les lobules qui composent la tumeur, grands, moyens ou petits, se présentent avec les caractères suivants.

L'épiderme qui les recouvre est normal et possède la pigmentation des organes génitaux externes. Entre deux saillies cependant, on trouve un petite érosion suintante, qui doit correspondre au point par où s'est faite l'hémorrhagie notée plus haut. Les téguments qui recouvrent les saillies sont ridés et couverts de quelques poils, dont les caractères et l'implantation les font ressembler à ceux du scrotum.

Quand on saisit un des lobules de la tumeur entre les doigts, on éprouve la sensation d'une poche membraneuse flasque et ridée ; on peut leur appliquer soit la comparaison de Bazin, d'après laquelle ils ressembleraient à des grains de raisin dont on aurait retiré les pépins, soit l'expression de Rokitansky, qui les définit des expansions sacciformes du derme. On peut encore les comparer comme aspect à des hémorrhoïdes flétries désignées quelquefois sous le nom de marisques. Nous avons voulu examiner les organes génitaux internes ; mais nous

avons trouvé un hymen absolument intact. La jeune fille nous dit du reste qu'elle est très bien réglée.

La tumeur a été enlevée le 17 *octobre* ; le pédicule a été sectionné avec le bistouri et les deux lèvres de la plaie ont été rapprochées avec des serres fines. Huit jours après, la malade sort parfaitement guérie ; une cicatrice linéaire occupe la hauteur de la grande lèvre et est fort peu apparente.

L'opération nous a montré combien la tumeur devait être peu vasculaire ; sauf deux artérioles situées dans le pédicule et qui apportent à la tumeur ses éléments nutritifs, l'écoulement du sang a été presque nul. Après l'opération, une des saillies de la tumeur a été ouverte, et on peut s'assurer, en effet, que le nombre des vaisseaux est minime. On peut voir alors que le tissu qui forme la tumeur est un tissu fibreux, homogène, blanc, mou, un peu plus dense vers le pédicule que dans les parties périphériques de la tumeur. En outre, on peut voir quelques bulbes pileux très développés s'enfoncer dans l'épaisseur de ce tissu fibreux. La coupe de la tumeur n'a donné lieu qu'à un faible écoulement de liquide séreux.

L'examen histologique, qui a été pratiqué, a donné les résultats suivants : Une coupe de la tumeur coloriée au carmin et traitée par l'acide acétique a montré des faisceaux de tissu conjonctif nombreux avec quelques fibres élastiques. Par places, la tumeur est au contraire presque complètement formée par des cellules aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres.

Sur une coupe qui partait de la tumeur, on a pu s'assurer que les couches épidermiques étaient saines. En résumé, la tumeur est formée par du tissu fibreux, soit à l'état adulte, soit à l'état naissant.

Réflexions. — Quel nom donner à cette tumeur ? Il faut tout d'abord écarter les végétations, qui n'ont pas la consistance bien spéciale de notre tumeur. En outre, dans les végétations, l'épiderme est surtout suintant, ce qui n'existe pas dans notre cas ; et enfin les causes des végétations résident, soit dans un écoulement leucorrhéique ou blennorrhagique, soit dans la grossesse ; or, dans notre cas, il s'agissait d'une vierge et aucune de ces causes ne peut être invoquée.

On pouvait penser à une tumeur érectile flétrie : et, en faveur de cette opinion, on pouvait mettre en avant la ressemblance des lobules de la tumeur avec d'anciennes hémorrhoïdes, et surtout cette hémorrhagie ayant eu lieu trois semaines auparavant et après laquelle

la malade prétend avoir vu sa tumeur s'affaisser. Mais cette hypothèse est renversée par l'examen anatomique, et, en outre, on peut très bien s'expliquer l'hémorrhagie par ce fait que les organes génitaux externes participent souvent à la congestion menstruelle de l'utérus ; il se peut donc très bien qu'un frottement survenu à ce moment ait pu produire une petite solution de continuité qui a donné lieu à un abondant écoulement sanguin ; puis, la congestion menstruelle passée, tout est rentré dans l'ordre, et il a semblé à la malade que la tumeur s'affaissait.

L'éléphantiasis vrai ne peut non plus être confondu avec notre tumeur ; il n'a pas de limites bien tranchées et n'est pas pédiculé ; la peau est toujours altérée dans les productions éléphantiasiques. Aucun de ces caractères n'existe dans notre cas.

Quant à l'esthiomène de la vulve, il suffira de relire les observations de Hugues (*Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1849) et surtout celle de Leroy des Barres (*Soc. an.* 1870), pour se convaincre que notre tumeur s'en éloigne par tous ses caractères.

Dans ces observations, en effet, l'esthiomène apparaît avec l'aspect suivant : un œdème dur et résistant a envahi toute la région vulvaire, et des tubercules, qui ne sont jamais très volumineux, sont semés çà et là, ayant une tendance fatale à l'ulcération. Quand la maladie est assez avancée, on voit des destructions de tissu si considérables que le plancher périnéal peut avoir disparu. On voit combien tous ces caractères séparent l'esthiomène de notre tumeur.

L'aspect de la tumeur que nous présentons, sa lobulation, les caractères physiques des lobules, et enfin l'examen histologique qui nous a montré qu'il s'agissait là d'une variété de fibrome, imposent le diagnostic de molluscum simplex de la grande lèvre.

Le molluscum simplex est encore appelé molluscum pendulum, molluscum vrai, fibromamol luscum. Les observations qui nous ont paru être du molluscum vrai de la grande lèvre et que nous avons pu recueillir sont les suivantes :

Sympson : *Fibro-cellular tumour of the right buttock and lobium.* In *Brit. med. Journal*, 1867. — Grime : *Remarkable lobulated tumour of lobium.* In *Glascow. med. Journal*, 1871. – Morton : *Fibro-cellular tumour of the lobium pudend. In Glascow. med. Journal*, 1871. — Paget, cité par Morton dans l'observation précédente, aurait observé un cas semblable. — Heurtaux, in article *fibrome* du *Nouveau Dict. de méd. et de chir.*, décrit un fibrome

papillaire de la peau de la grande lèvre qui doit être très probablement considéré comme des molluscums simples. — Challand et Malassez : *Molluscum de la grande lèvre* (fibro-myome). — Malassez : *Molluscum*, Delahaye, 1872. — Lagrange et Duret : *Bull. de la Soc. an.*, 1873. — Villeneuve fils : *Molluscum de la grande lèvre observé à l'hôpital de la Conception de Marseille.* In *Marseille médical*, 1875. (*Le Progrès médical.*)

DE LA MENSTRUATION ET DES MÉTRORRHAGIES DANS LE TYPHUS, LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET LA FIÈVRE RÉCURRENTE.

M. Bartel a réuni 172 observations : 79 de typhus pétéchial, 53 de fièvre typhoïde, 43 de fièvre récurrente. Le relevé de ces faits l'amène aux conclusions suivantes :

L'influence des différentes maladies typhiques sur l'apparition des menstrues dépend de l'intervalle qui existe entre le début de la maladie et l'époque menstruelle.

Si la menstruation devait survenir à une date correspondant aux cinq premiers jours de la maladie, elle sera comme à l'ordinaire : tombe-t-elle au contraire du 6e au 14e jour de la maladie, elle surviendra encore probablement. Au delà de ces dates, il y a plus de chances pour qu'elle soit supprimée.

La suppression a lieu plus souvent dans le cas de fièvre typhoïde que pour les deux autres maladies.

Dans 54 des observations de Bartel, les règles sont venues à l'époque normale ; dans 35 d'une facon irrégulière ; dans 87 elles ont été supprimées.

(*Revue des sciences méd.*, 15 oct. 1882 et *Journ. de méd. de Paris.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES.

D'après les recherches de M. Pott, la vulvo-vaginite, qu'on observe chez les petites filles ayant dépassé la période de la première enfance

et qui persiste pendant des mois sous forme d'un catarrhe purulent rebelle aux médications communément employées, serait presque toujours d'origine spécifique, le produit de la contagion d'une blennorrhagie (des parents) ou l'expression d'une syphilis congénitale latente. Dans le peuple règne encore un préjugé funeste qui consiste à croire que le coït avec une fille vierge guérit de la blennorrhagie. Bien des petites filles sont victimes de ce préjugé, quelquefois au sein de leur propre famille. Mais sans tenir compte de ces cas, dans les familles pauvres, où règne une grande promiscuité, où un même lit sert souvent de couche à toute une famille, les enfants sont exposés aux atteintes de la contagion immédiate quand le père ou la mère ont un écoulement blennorrhagique. Le pus qui souille les draps est transporté par les doigts des enfants sur les muqueuses, et la conformation même des parties génitales explique pourquoi la contagion est plus fréquente chez les petites filles que chez les garçons.

Telle est l'opinion de M. Pott, que l'auteur aura sans doute de la peine à faire partager par la généralité des médecins d'enfants. Ces idées sur la nature de la vulvo-vaginite des petites filles l'ont conduit à tenter un traitement de cette affection par l'iodoforme, qui ne serait rien moins qu'héroïque.

Iodoforme 2 à 4 grammes.
Beurre de cacao q. s.

Pour f. s. a, un crayon de un centimètre d'épaisseur.

D'après R. Pott, une, au plus deux applications de bougie à l'iodoforme suffisent pour obtenir une guérison presque immédiate de la vulvo-vaginite des petites filles, alors que cette affection a résisté aux diverses médications qu'on a coutume de lui opposer.

CANCER DU SEIN GUÉRI SANS OPÉRATION.

Par M. H. Boens.

Le mot : *cancer*, dit l'auteur, aura le sort qu'a éprouvé le mot *dartres* : il disparaîtra de notre langage scientifique. Le diagnostic différentiel des tumeurs, au point de vue clinique, est cependant loin encore d'être nettement établi. Où finissent les tumeurs bénignes ? Où

commencent les malignes ? Comment peut-on les distinguer sur le vivant.

Entre autres exemples, M. H. Boëns cite le fait d'un sein malade depuis onze ans, présumé squirrheux, qui devait être extirpé prochainement, et qu'un traitement exclusivement médical parvint à guérir radicalement au bout de quatre mois de soins assidus, généraux et locaux.

Voici les questions que l'auteur pose à la fin de son travail :

« 1. Parmi les *prétendus cancers du sein* qu'on extirpe chaque année, combien en est-il qui pourraient être guéris par un *traitement médical*, franchement résolutif ?

« 2. Parmi les faits de *non récidive de cancers*, qui sont signalés dans nos annales, combien en est-il qui ne devraient pas figurer dans le groupe des *tumeurs malignes* ?

« 3. Que serait devenu la tumeur mammaire de Mme H. D., si on l'avait abandonnée à elle-même sans traitement médical *actif*, ou à défaut d'un semblable traitement, sans opération chirurgicale ?

« 4. Combien de *tumeurs du sein* et d'autres parties du corps sont simplement le résultat d'une contusion locale plus ou moins violente, dont les sujets ne s'occupent point ?

« 5. Combien de *vrais cancers*, malins, récidivés qui empoisonnent l'économie, qui détruisent la santé et l'organisme, ont débuté par n'être, pendant des mois ou des années, que des tumeurs bénignes, indolentes, hyperplasiques, aptes à se dissiper par résorption ou par inflammation franche, sous l'influence d'un traitement médical actif ?

« 6. Où finit la tumeur bénigne ; où commence l'infection diathésique des tumeurs malignes ?

« 7. Pour porter sur le vif le diagnostic différentiel des *tumeurs bénignes* et des *tumeurs malignes*, quelle part faut-il faire respectivement aux *symptômes généraux* : antécédents, habitudes, fonctions, sécrétions, notamment celle des urines (Rommelaere), et aux *signes caractéristiques locaux* ?

« 8. Enfin, est-il vrai, comme le prétendait Cl. Bernard et comme le professent ses disciples, Jousset de Bellesmes et autres, que les *éléments* du carcinome, comme ceux du diabète, du tubercule, de la variole, de la rage et de tant de maladies diverses, qui ont été rangées par Raspail et Pasteur dans le cadre du parasitisme nosologique, ne sont pas des *entités morbides*, mais le produit du développement exagéré des *éléments physiologiques* de l'organisme, c'est-à-dire de

simples hyperplasies évoluant dans des conditions que la clinique doit s'efforcer de *déterminer* et de combattre avec le plus de précision possible ?

« Autant de questions que je pose, ajoute M. Boëns, et qui méritent examen.

« Toutefois, dit-il en terminant, les deux faits que je viens de rapporter et beaucoup d'autres que je pourrais extraire de mes notes, m'autorisent à déclarer que Claude Bernard et ses disciples sont dans le vrai. »

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

VARIÉTÉS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

LA FÉCONDATION ARTIFICIELLE DEVANT LA JUSTICE ; ACTION EN PAIEMENT D'HONORAIRES INTENTÉE PAR UN MÉDECIN ; CONDAMNATION DE L'OPÉRATION ET DE L'OPÉRATEUR.

Le tribunal civil de Bordeaux, présidé par M. Faye, a rendu lundi dernier, 27 août, son jugement dans une affaire qui ne peut manquer d'intéresser vivement le monde médical.

Il s'agissait d'un procès intenté aux époux A... par un médecin de notre ville, auquel de pompeuses réclames insérées dans les journaux politiques attribuent la possession d'un moyen spécial et infaillible pour détruire la stérilité. Ce médecin réclamait une somme de 1,500 francs, à titre d'honoraires, pour une opération de fécondation artificielle pratiquée sur la personne de Mme A... L'opération n'ayant pas réussi et Mme A... se plaignant, au contraire, d'en avoir souffert, les époux A... refusaient de payer et demandaient des dommages-intérêts à l'opérateur. Ils lui reprochaient, en outre, d'avoir diffamé Mme A..., en prétendant, dans son assignation, qu'elle avait voulu se faire avorter après l'opération.

Le Tribunal, après avoir entendu les plaidoiries des avocats des deux parties, les conclusions du ministère public et après en avoir délibéré, a rendu le jugement suivant, que nous avons la bonne fortune de pouvoir reproduire *in extenso* :

« Attendu que de Lajartre réclame aux époux A... des honoraires pour une opération pratiquée sur la dame A..., et dont, malgré la réserve que lui impose sa profession et dont la loi même lui fait un devoir, il dévoile dans son assignation le caractère intime, entrant même à ce sujet dans les détails les plus minutieux ;

» Que les époux A... ont été attirés chez de Lajartre par les réclames que celui-ci multiplie dans les journaux et les promesses qu'il fait au public de détruire la stérilité par un procédé infaillible ; et que la femme a subi une opération connue sous le nom de *fécondation artificielle*, laquelle paraît du reste n'avoir produit aucun résultat, et n'avoir pas même été pratiquée avec les précautions et dans les conditions d'examen indiquées par la science ; mais que, sans avoir à rechercher quelle est, au point de vue scientifique, la valeur du procédé employé par de Lajartre, le Tribunal ne peut voir dans l'emploi de ce procédé une cause licite d'obligation ;

» Qu'il ne consiste pas, en effet, à supprimer soit chez la femme, soit chez l'homme, les causes de la stérilité, de manière à les rendre aptes à la génération, mais à faire concourir à l'acte même de la génération et pour son accomplissement direct, dans ce qu'il a de plus intime, un intermédiaire entre le mari et la femme, usant de moyens artificiels que réprouve la loi naturelle, et qui pourraient même, au cas d'abus, créer un véritable danger social ;

» Qu'il importe à la dignité du mariage que de semblables procédés ne soient pas transportés du domaine de la science dans celui de la pratique et que la justice ne sanctionne pas des obligations fondées sur leur emploi ;

» *Attendu* que les époux A... demandent des dommages-intérêts, fondés sur ce que la dame A... aurait contracté une maladie intérieure à la suite de l'opération et sur ce que, dans la citation en conciliation, de Lajartre aurait accusé la défenderesse d'avoir essayé de se faire avorter ;

» Que l'accusation de Lajartre sur ce point est invraisemblable contre une femme qui venait de pousser le désir de la maternité jusqu'à subir une opération de cette nature et que les propositions qu'il prétend lui avoir été faites à ce sujet auraient à peine suivi l'opération de quelques jours, ce qui ne permettait pas de constater si elle avait abouti ;

» Mais que les époux A..., en se prêtant à ces pratiques condamna-

bles, se sont exposés à la situation qui leur a été faite dans ce procès et que la condamnation aux dépens de de Lajartre sera une réparation suffisante, sans qu'il y ait lieu d'ailleurs de recourir, quant à ce, à l'enquête demandée par de Lajartre et qui doit être écartée à cause de son invraisemblance ;

» *Par ces motifs*, le Tribunal, statuant tant sur la demande principale que sur la demande reconventionnelle, sans s'arrêter à l'offre de preuves de de Lajartre non plus qu'à plus amples conclusions des parties, déclare de Lajartre non recevable et en tout cas mal fondé dans sa demande, l'en déboute et le condamne en tous les dépens, à titre de dommages-intérêts. »

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

FORMULAIRE

Du traitement de l'écoulement purulent âcre et irritant qui vient de l'utérus chez les malades sujettes aux poussées d'éczéma (J. Chéron).

On observe parfois chez les dartreuses un écoulement purulent de nature âcre qui s'écoule des profondeurs de l'utérus.

C'est un pus jaune, comme celui de la vaginite, à peu près sans mucus, qui ne ressemble en rien à l'écoulement muco-purulent tenace et filant que fournit le canal cervical, dans l'endocervicite puro-catarrhale souvent prémonitoire de l'évolution de l'ulcération du col, chez les strumeuses.

Cet écoulement survient brusquement, accompagné de douleurs vagues dans le petit bassin. La névralgie lombo-abdominale reparaît plus intense. Des démangeaisons, au vagin et à la vulve, exaspèrent la malade, surtout pendant la nuit. L'irritabilité devient grande, les rapports sexuels l'exaspèrent. Si on interroge, dans ce cas, les malades, qui parfois vont au devant des questions, sur l'existence antérieure d'une maladie de la peau, on découvre qu'un eczéma a disparu depuis quelque temps.

Si l'attention de la malade est nettement éveillée sur cette relation et qu'elle vienne demander l'avis du médecin dès le début de l'apparition des malaises, on observe, sur les lèvres du col,

quelques vésicules discrètes, ou même une agglomération de celles-ci, sur une base plus colorée que les parties avoisinantes. Souvent, il n'existe plus qu'une plaque rouge, qu'on croirait être une sorte d'ecchymose qui attire d'autant plus l'attention qu'elle peut se trouver en dehors du méat cervical en connexion duquel gravitent à peu près toutes les ulcérations du col.

Parfois, enfin, on ne voit qu'un méat bordé d'un liseré rouge laissant suinter le liquide purulent sus-mentionné.

L'interrogatoire et l'examen de la malade permettront d'établir un diagnostic qui affirmera l'inutilité de l'intervention des injections intra-utérines. En effet, on arrive à un résultat rapide et sûr, par l'emploi très simple des moyens suivants :

1° Prendre, deux fois par jour, matin et soir, ou avant chaque repas, une cuillerée à bouche du sirop suivant :

Sirop anti-scorbutique	300 gr.
Extrait de suie de bois	4 gr.

Filtrer.

2° Faire, matin et soir, des injections vaginales prolongées pendant cinq à six minutes, avec de l'eau tiède et deux cuillerées à bouche de la solution suivante :

Liqueur alcaline de goudron	300 gr.
Extrait de suie de bois	30 gr.

3° Faire prendre, tous les deux ou trois jours, un grand bain à 35° centig. d'une demi-heure de durée, dans lequel on versera la poudre suivante :

Poudre d'amidon	200 gr.
Extrait de suie de bois	100 gr.

Broyez ensemble.

Bland de Beaucaire, qui avait étudié les propriétés thérapeutiques de la suie, en préconisait l'usage dans les maladies de la peau. Ce médicament est malheureusement tombé dans un oubli immérité. Nous en obtenons depuis longtemps les meilleurs résultats, dans les affections utérines de nature dartreuse.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

BULLETIN

—

Fluxions pleuro-pulmonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne. — (Communication du professeur Potain au Congrès de Rouen.)

Parmi les communications très intéressantes et relatives à notre sujet, qui ont été faites à Rouen au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, celle de M. Potain mérite, à plusieurs égards, de fixer notre attention.

« Voici comment les choses se passent, dans *les fluxions pleuro-pulmonaires réflexes, d'origine utéro-ovarienne*, dit le savant professeur :

Une jeune fille ou une jeune femme (car c'est toujours chez des sujets jeunes que j'ai observé les faits dont je parle), le plus souvent au moment des règles et à la suite de quelque perturbation physique ou morale, ou même sans cause que l'on puisse apprécier, est prise de malaise et de douleurs dans un des côtés de l'hypogastre, qui se tend et devient sensible à la pression. Puis la douleur augmente, et la fièvre survient sans autres symptômes que ceux d'une péritonite péri-utérine ou péri-ovarienne circonscrite et peu intense. Au bout de peu de jours (quelquefois deux ou un seul), dans quelques cas avant même que l'affection péritonitique soit bien caractérisée, ou lorsque la fièvre a déjà cédé

complètement, une nouvelle douleur se fait sentir à la partie inférieure du thorax, sous la forme d'un point de côté.

Il survient des frissons, la fièvre s'allume ou se réveille, et quand on examine la malade, on trouve ce qui suit : la sonorité diminuée à la partie inférieure de l'un des côtés de la poitrine, quelquefois dans le tiers ou la moitié de la hauteur, le murmure vésical affaibli, les vibrations thoraciques un peu moindres que du côté opposé, parfois un souffle faible, diffus, à tonalité un peu basse et prédominant vers les parties supérieures de la matité ; c'est-à-dire, à ce que je crois, la plupart des signes caractéristiques de la congestion pulmonaire.

Dans un certain nombre de cas, rien d'autre ne survient, et tous ces signes locaux s'effacent peu à peu, ou rapidement, c'est-à-dire dans l'espace de deux ou trois jours. D'autres fois, de la crépitation se mélange secondairement au souffle, ou se manifeste dans un point voisin, crépitation très fine, sèche, superficielle, à bulles rares, mais toutes semblables et également distantes de l'oreille ; crépitation, à mon avis, évidemment pleurale et qui veut dire que la plèvre participe à son tour à la fluxion dont le poumon était d'abord le siège. Puis le murmure vésiculaire disparaît entièrement à la partie inférieure, les vibrations thoraciques s'effacent, le souffle change de tonalité, on entend enfin de l'égophonie. Un épanchement s'est alors formé dans la plèvre et masque désormais les signes de la fluxion pulmonaire. En ce cas, l'accident se prolonge davantage. Jamais pourtant je n'ai vu l'épanchement devenir assez abondant pour constituer en soi une affection sérieuse exigeant une intervention spéciale.

Bien entendu, je ne veux pas dire que cela ne puisse arriver et le contraire est même plus que probable.

Ce qui nous frappe plus particulièrement dans cette première partie de la communication de M. Potain, c'est d'abord :

1° La nature de la lésion utéro-ovarienne qui est péri-utérine on péri-ovarienne, par conséquent de nature lymphatique comme toutes les périmétrites et les pelvi-péritonites.

2° Le siège de la lésion secondaire qu'on observe plus par

ticulièrement à la base du poumon et dans son tiers inférieur.

Nos études spéciales et l'examen quotidien d'un nombre considérable de personnes atteintes de maladies utérines, tant à la clinique libre que dans le service hospitalier, nous permettent d'avoir une opinion sur la question et d'apporter quelques faits qui méritent enfin une sérieuse attention.

Le rôle de l'appareil utéro-ovarien dans la santé de la femme est aujourd'hui bien compris des vrais gynécologues. Ceux-là seuls qui n'ont pas sérieusement et longuement observé nient la facilité avec laquelle la moindre lésion utérine éveille par action réflexe des phénomènes morbides dans les organes éloignés.

Il est incontestable, et nous sommes heureux du concours apporté à la question par la communication de l'éminent professeur de clinique à la faculté de Paris, il est incontestable, disons-nous, que le système nerveux, l'appareil respiratoire, l'appareil circulatoire, l'appareil digestif, etc., sont très souvent atteints de troubles fonctionnels, voire même de lésions de texture, sous l'influence d'une maladie très légère de l'appareil utéro-ovarien, et cela, en vertu de cette loi très générale de pathogénie citée par M. Potain : *les irritations très superficielles et répétées ou durables sont celles qui provoquent le mieux les actes réflexes ; plus, au contraire, la trame même de l'organe excité est altérée dans sa substance et sa constitution est désorganisée, en un mot, moins les actes réflexes ont de chance de se produire.*

Or, en analysant les cas cités dans la communication précédente, nous voyons comme maladies primitives, des inflammation péri-utérines ou péri-ovariennes, c'est-à-dire des lymphangites, des abéno-lymphites dont nous comprendrions difficilement le développement spontané.

Ces inflammations péri-utérines ou péri-ovariennes, nous les considérons, nous, comme secondaires. Elles résultent d'une propagation inflammatoire ayant son point d'origine à la muqueuse du canal cervical. En effet, qu'on examine le canal cervical et le méat du même organe, dans tous les cas de périmétrite, de péri-ovarite, de pelvi-péritonite, et toujours on trouvera une endocervicite avec desquamation de la muqueuse. C'est là le point de

départ de l'inflammation qui, par la lymphangite, se propagent au loin dans le bassin et dans l'abdomen.

Or, le moyen d'empêcher ces propagations, c'est de rendre à son état normal la muqueuse du canal cervical et celle qui recouvre les lèvres du col. C'est parce que cette question avait été déjà jugée dans ce sens par de grands cliniciens qui s'appelaient et s'appellent Jobert de Lamballe, Nélaton, Huguier, Nonat, Gaillard, Thomas, Emmet, Courty, etc., que la pratique du fer rouge était intervenue, donnant des résultats remarquables que tous les autres moyens étaient inhabiles à donner.

L'ouvrage classique de Courty, qui est entre les mains de tout le monde, fait apprécier l'importance du feu dans le traitement des affections utérines. Le thermo-cautère, en se substituant au cautère actuel chauffé au brasier et à la galvanocaustie thermique, a permis de faire sur le col de nombreuses et délicates opérations qu'on ne faisait qu'avec l'instrument tranchant. De l'avis de tous les vrais gynécologues, de tous les pays, l'avenir de la gynécologie est dans la voie chirurgicale. En mettant de côté la grosse chirurgie de l'appareil utéro-ovarien (ovariotomie et hystérotomie), l'ignipuncture, l'amputation du col, les dilatations, les scarifications, l'incision des atrésies, le curettage, les redressements, etc., etc., sont les moyens qui, de pair avec une saine pratique médicale, sont de nature à effectuer des guérisons.

La desquamation de la muqueuse du canal cervical contenue dans celui-ci ou étalée sur les lèvres du col, est le point de départ des inflammations lymphatiques péritonéales ou non qui sont pour M. Potain la lésion primitive qui retentit par action réflexe sur l'appareil respiratoire. Pour nous, cette lésion primitive est au col ; c'est là qu'il faut l'atteindre, l'enrayer énergiquement par le feu, et c'est ainsi qu'on se prépare des succès qui étonnent les médecins eux-mêmes.

M. Potain n'a jamais vu les fluxions pleuro-pulmonaires prendre une extension inquiétante nécessitant une intervention spéciale, et il les a toujours vues localisées à la base du poumon.

Nous retrouvons dans notre souvenir et dans notre journal quo-

tidien, quelques cas intéressant la question et qui la montre sous un autre jour. En voici trois :

Une première malade est amenée à notre clinique par un confrère, le Dr Hostitz, qui l'avait rencontrée dans une clinique des maladies du larynx, où elle était venue demander des soins pour une toux incessante datant de trois mois et qui, depuis cinq jours, était accompagnée d'hémoptysies.

L'auscultation avait fait reconnaître l'existence d'une congestion pulmonaire droite siégeant au tiers supérieur.

Elle racontait, en même temps, qu'elle avait eu, sept semaines après son dernier accouchement, il y avait un an, une péritonite localisée dans le flanc droit et qu'elle avait conservé d'abondantes pertes blanches. C'est pour cette dernière raison que notre confrère l'avait amenée.

A l'examen, large ulcération papillo-folliculaire, col énorme reposant sur le plancher vaginal, culs de sacs empâtés.

La malade est mise en traitement : pansements osmotiques, irrigations continues et enfin opération d'ignipuncture profonde (60 flèches) ; application d'un anneau souple après cicatrisation.

Aucun traitement ne fut fait pour modifier la toux et l'état congestif du poumon et, cependant, dès la première semaine de traitement, la malade toussait beaucoup moins et lorsqu'elle cessa de venir à la clinique, tous les troubles de l'appareil respiratoire avaient disparu. Cela se passait en 1877. Elle est revenue deux ou trois fois, par an, depuis cette époque ; le poumon est absolument indemne.

Le deuxième cas est celui-ci : une jeune femme de 26 ans est reconnue phthisique. Amaigrissement, sueurs nocturnes, crachements de sang, craquements secs au sommet du poumon droit, congestion, submatité.

La situation se prolonge pendant deux ans sans aggravation notable, et les règles, de tout temps difficiles, deviennent très douloureuses.

La malade vient nous consulter pour cette dysménorrhée si pénible.

L'examen révèle l'existence d'un petit ectropion de la muqueuse cervicale sur un col en allongement fusiforme, en relation avec une névralgie lombo-abdominale intense, empâtement des culs-de-sac, surtout à droite.

Sous l'influence d'un traitement approprié où les pointes de feu sur la région lombo-sacrée, et les flèches incandescentes dans le parenchyme du col jouèrent le principal rôle, tous les symptômes pulmonaires, aussi bien que l'état général, ne tardèrent pas à s'amender.

Dix mois plus tard, il n'était plus question de phthisie et la malade devenait grosse l'année suivante, après 10 ans de mariage.

Enfin, la troisième observation est relative à une malade que nous vîmes en consultation, avec notre excellent collègue, le Dr Guillaumet.

Il n'y avait aucune hésitation relativement au diagnostic et à l'état du poumon droit. Craquements humides, submatité ; hemoptysies, amaigrissement, sueurs nocturnes, raucité de la voix, etc.

D'abondantes pertes blanches ayant éveillé les inquiétudes de la malade, elle demandait un examen des organes génitaux. Un ectropion desquamé de la muqueuse cervicale et des glandes hypertrophiées étaient la cause des pertes muco-purulentes ; on trouvait dans le cul-de-sac latéral droit un empâtement douloureux.

L'intervention chirurgicale, à l'aide des pointes ignées, fut proposée et acceptée de la malade. M. Guillaumet se chargea des soins consécutifs. Ceci se passait il y a plus d'une année, et il y a quelques jours à peine, notre collègue nous affirmait que la malade était revenue au meilleur état de santé.

« L'affection pleuro-pulmonaire dit, en terminant, M. Potain, dans le cas dont il s'agit, comme dans le plus grand nombre de ceux où elle est secondaire, a de la tendance à demeurer latente et à ne se révéler que par des signes physiques. »

Pour la forme d'affection secondaire de l'appareil respiratoire décrite par le professeur Potain (fluxion pleuro-pulmonaire localisée à la base du poumon), nous acceptons qu'il en est ainsi. Mais nous ajouterons :

Sous l'influence d'une affection du col utérin habituellement légère et propagée aux lymphatiques du petit bassin, apparaissent parfois des symptômes morbides limités au sommet de l'un des poumons qui éveillent de telles appréhensions chez le médecin, que le rôle qui peut être joué par l'appareil utéro-ovarien, dans la circonstance, est laissé de côté. Il importe, même dans les cas graves, de ne pas négliger ce côté de la question. Les trois exemples que nous venons de rapporter et ceux encore plus nombreux que nous avons recueillis sont la preuve de notre assertion.

Terminons cet aperçu critique en donnant, sans commentaires, les conclusions du savant professeur de clinique. « Les fluxions ou inflammations utéro-ovariennes sont susceptibles de provoquer dans le poumon et la plèvre du même côté un état fluxionnaire ou inflammatoire qui peut devenir prédominant et constituer ensuite la maladie principale ; ce fait se place à côté de beaucoup d'autres qui établissent la solidarité pathologique, par voie réflexe, d'un certain nombre d'organes entre eux, et qu'on y retrouve la confirmation de quelques lois auxquelles cette solidarité semble soumise. »

TRAITÉ PRATIQUE

DES

AFFECTIONS NERVEUSES ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*

Annotée par le Dr J. Chéron.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE II.

PHYSIOLOGIE DE L'AGE CRITIQUE.

(*Suite.*)

Diagnostic de la ménopause. — Chaque condition bien marquée de la constitution a sa physionomie particulière, et même, au début de l'âge critique, il y a généralement quelque chose dans l'aspect extérieur de la personne qui me permet de soupçonner ce qui se passe en elle. L'expression de la physionomie, à cette période, dénote la faiblesse, la souffrance, l'irritabilité nerveuse, que l'on ne peut confondre avec une maladie ; on peut remarquer aussi une expression de fatigue et de tristesse, ou d'un étonnement stupide, comme de quelqu'un qui rassemble ses esprits pour répondre à une question. Dans quelques cas d'affections cérébrales les plus graves, il existait un froncement de sourcils continuel exprimant une anxiété sans trève. L'apparition insolite de poils au menton et à la lèvre supérieure coïncide généralement avec la cessation ; c'est ce qui arrive aux personnes qui ont le teint jaune ; il existe aussi une puissance génératrice du calorique plus grande que d'habitude, indiquée par la manie de quitter ses vêtements, d'ouvrir les portes et les fenêtres, même en hiver, au grand en-

nui des autres membres de la famille. Sous d'autres rapports, l'aspect des femmes, à l'âge critique, varie suivant le type qu'elles affectent.

Les femmes, à l'âge critique, présentent trois types : 1° Le type Pléthorique ; 2° le type Chlorotique ; 3° le type Nerveux.

1° Le type Pléthorique n'admet pas d'erreur ; ses tissus turgescents, sa mine florissante, son état perpétuel de transpiration, son expression inquiète, ou sa tournure à demi enivrée le dénotent suffisamment. Le pouls est souvent fort et plein, bien qu'il puisse être faible et filiforme chez les femmes fortes et colorées.

2° Quoique l'âge critique augmente chez quelques sujets la proportion des globules du sang, il les diminue chez d'autres, et alors la chlorose se produit. Le type chlorotique est reconnaissable à la peau jaune ou demi-chlorotique, au pouls faible, aux murmures artériels et à quelques symptômes de débilité. Même sur les visages les plus pâles, de légères rougeurs résultent de la transpiration.

3° Toutes les femmes sont plus nerveuses que d'habitude, à l'âge critique, mais il en est qui présentent une physionomie nerveuse bien tranchée sans pléthore ou sans chlorose. Le maintien plein d'inquiétude, l'œil arrondi, l'expression de terreur, comme si l'on redoutait la vue de quelque objet effrayant, la face humide de transpiration, sont des symptômes très communs.

Lorsque le flux menstruel a été, pendant plusieurs mois, absent ou irrégulier, trop faible ou trop abondant, chez les femmes qui répondent au signalement précédent, je considère la cessation comme probable, quel que soit l'âge, à moins que l'absence des règles ne s'explique d'une façon satisfaisante par la lactation ou la grossesse. En l'absence d'autres signes, l'âge critique doit être soupçonné lorsque, vers la quarante-cinquième année, pour la première fois, le flux menstruel se montre à des intervalles irréguliers.

La ménopause a été confondue avec : 1° la Chlorose ; — 2° l'Inflammation de la matrice ; — 3° Les Polypes de l'utérus ; — 4° les Tumeurs fibreuses de l'utérus ; — 5° les Hydatides de l'utérus ; 6° le Cancer de l'utérus ; — 7° la Grossesse.

I. Premier cas. — *Chlorose prise pour la cessation.* — Anne W., âgée de trente-trois ans et mariée, avait le teint et l'aspect général anémiques. Le flux menstruel vint d'abord à treize ans ; il avait été régulier et sans douleur jusqu'à vingt-deux ans, époque où elle se maria ; elle eut un enfant à vingt-quatre ans. L'année précédente, elle avait éprouvé une diminution graduelle du flux mentruel accompagnée d'une profonde débilitation, de faiblesse épigastrique, de transpirations abondantes, et d'un fort bruit de souffle dans les carotides. Etait-ce une chlorose chez une femme mariée, ou une chlorose survenant à la cessation ? Je crus au second cas d'après la diminution graduelle du flux menstruel et la persistance des rougeurs et des transpirations.

Une préparation camphrée, un emplâtre de belladone au creux de l'estomac, du sulfate de fer en pilules guérirent la malade ; et lorsque je la revis trois ans après, sa santé était bonne, mais elle n'eut plus de grossesse ni de retour du flux mentruel.

II. Deuxième cas. — *Ulcération du col de la matrice prise pour la cessation.* — Madame J., femme d'apparence délicate, cheveux blond clair, yeux gris, âgée de quarante-sept ans. Le flux menstruel était venu chez elle à dix-sept ans, sans grands troubles.

Elle se maria à vingt-cinq ans ; elle eut trois enfants, le dernier il y a sept ans ; alors, sa santé s'affaiblit, et les règles devinrent irrégulières comme époque et comme quantité, tantôt très restreintes, tantôt assez abondantes pour la confiner pendant dix jours dans son lit ou sur son sofa. Elle éprouvait souvent des douleurs dans le bas du corps, suivies de leucorrhée. Pendant l'année précédente, elle n'avait pas eu d'écoulement sanguin, mais toujours de la leucorrhée, qui, chaque mois, se montrait fort abondante. Elle devint nerveuse, irritable et se trouva par moments sujette à des bouffées de chaleur et à des transpirations. Elle pensa que son âge critique était arrivé, et les médecins consultés confirmèrent cette opinion ; mais, frappé de la persistance insolite de la leucorrhée qui durait depuis ses dernières couches, je conseillai un nouvel examen, et je trouvai le col de la matrice trois fois plus gros que sa dimension normale, bien que peu dou-

loureux à la pression. L'orifice utérin était béant, rugueux, et très ulcéré. Je la traitai d'abord par la cautérisation au nitrate d'argent cristallisé, tous les quatre jours; puis, par des applications d'iode à la surface de la matrice; en six mois elle fut rendue à la santé, mais la menstruation ne reparut pas. Huit ans plus tard, lorsque je revis cette dame, j'appris que quelques semaines après que j'eus cessé de lui donner mes soins, elle s'était trouvée indisposée comme d'habitude et n'avait plus cessé d'être réglée chaque mois. Ainsi, les règles avaient été prématurément arrêtées par la débilitation générale et par l'inflammation chronique de l'utérus. Une fois cet organe guéri et le système fortifié, le fonctionnement des ovaires devint assez énergique pour produire les évacuations utérines favorables à la santé.

Phœbe B.. Le flux menstruel s'arrêta graduellement à l'âge de trente-et-un ans, après l'allaitement, et, comme il demeura un an sans reparaître, on crut que l'époque de la cessation était venue. A l'examen, cependant, je découvris une ulcération au col de la matrice ; l'ayant guérie par un traitement chirurgical, la menstruation revint comme à l'ordinaire (1).

(1). A côté de ces cas d'ulcération du col ayant amené une diminution, voire même une suppression des règles chez des femmes qui ont eu des enfants, il importe de signaler une sorte d'endocervicite chez les femmes qui n'ont jamais engendré, endocervicite qui aboutit à une ulcération et peut produire une longue suppression des règles qui a pu être confondue avec la cessation.

Voici le fait : En plein état de santé, il survient tout à coup des phénomènes de dysménorrhée, les règles deviennent douloureuses et rares et après quelques époques, elles se suppriment complètement. Dans l'étiologie la malade n'a souvent rien su démêler, mais l'interrogatoire fait reconnaître une de ces causes qui amènent une congestion passive de l'appareil utéro-ovarien par la perte d'activité fonctionnelle des centres d'innervation vaso-motrice (coït au moment des règles, refroidissements, névralgie lombo-abdominale, etc.).

Sous l'influence de cette congestion, il se produit bientôt un œdème du col que la vue et le toucher font aisément constater. Un ectropion de la muqueuse cervicale se prépare et évolue avec lenteur et la dysménorrhée ou l'aménorrhée ne prennent fin que lorsque la muqueuse du canal cervical est venue s'étaler sur les lèvres du col, donnant lieu à une fausse ulcération du col, dont la nature et les modes d'évolution sont le plus ordinairement méconnus (J. C.).

Dans des cas de cette nature, l'erreur de diagnostic serait évitée par l'examen chirurgical de la malade. De cette façon, j'ai reconnu souvent qu'on attribuait à l'âge critique la réapparition des pertes sanguines, après des années de suppression, parce que les malades étaient âgées d'environ quarante-cinq ans ; tandis que, si les médecins avaient pris la peine d'examiner par le toucher la partie affectée, ils auraient découvert que les pertes s'expliquaient soit par l'hypertrophie des vaisseaux sanguins soit par un polype de l'utérus.

III. — Troisième cas. — *Polype utérin pris pour la cessation.* — Madame P., femme maigre et de taille moyenne, chevelure noire, yeux sombres, visage pâle, était âgée de quarante-deux ans lorsqu'elle vint me consulter. La menstruation se produisit à dix-sept ans et fut régulière jusqu'à vingt-deux, époque à laquelle elle se maria. Elle eut un enfant, et fut bien réglée pendant plusieurs années ; mais alors survint un écoulement sanguinolent, tantôt abondant, tantôt médiocre. Elle était très faible, éprouvait des palpitations au moindre effort, mais ni maux de tête, ni manifestations hystériques, ni bouffées de chaleur, ni transpirations. Son médecin lui déclara qu'elle arrivait prématurément à l'âge critique ; mais s'il l'avait examinée, il aurait trouvé un polype de la grosseur d'un œuf de poule sortant en dehors de la cavité utérine et attaché à un pédicule de la grosseur du petit doigt. J'enlevai le polype ; les règles reparurent et continuèrent régulièrement pendant cinq années encore. J'ai vu nombre de cas semblables, et je puis établir comme règle que les polypes de l'utérus retardent la cessation. (1)

(1). Nous mentionnerons, à propos du rôle des polypes dans la cessation, un cas intéressant d'inversion utérine survenue chez une femme de 44 ans, à la suite d'un dernier accouchement.

Les pertes furent rapportées, sans examen, à l'époque de la cessation, et plus tard, après avoir pratiqué le toucher, le chirurgien crut reconnaître l'existence d'un polype.

Le diagnostic ayant été rectifié, la réduction fut obtenue à l'aide du pessaire à air et les règles reprirent leur cours régulier jusqu'à l'âge de 49 ans. (J. C.)

IV. — Quatrième cas. — *Tumeur fibreuse de la matrice pendant le temps critique, prise pour une grossesse.* — Mary B., âgée de quarante-sept ans, non mariée, grande et forte femme, de tempérament sanguin, cheveux noirs, mine florissante. La menstruation est venue à quinze ans, est restée régulière et abondante jusqu'à quarante. Depuis sept ans, une grande irrégularité s'était manifestée ; l'écoulement était quelquefois considérable et causait de vives douleurs dans les reins. En même temps, elle avait été fréquemment sujette à des bouffées de chaleur et à des sueurs, et se trouvait sous l'influence d'un pseudo-narcotisme. Maintenant, ses yeux paraissent lourds et hagards, sa tête est lourde et stupide, elle a peur de tomber ; l'abdomen a considérablement grossi, elle est sujette au ténesme vésical, et à des faiblesses le matin. En l'examinant, je trouvai la matrice très élargie, plus d'un côté que de l'autre, par une tumeur fibreuse. Dans cet état, les règles étaient supprimées depuis quatre mois ; l'abdomen ayant augmenté de volume, elle consulta un de mes collègues qui, après examen, déclara qu'elle était enceinte. Désolée de cette manière de voir, elle eut de nouveau recours à moi, et je pus lui confirmer mon premier avis. Le résultat prouva que j'avais raison, car, bientôt après, la menstruation revint, et continua pendant un an à des intervalles irréguliers.

Dans ce cas, l'âge du sujet, l'irrégularité prolongée de la menstruation, la persistance du pseudo-narcotisme, des bouffées de chaleur et des transpirations, sont des symptômes qui doivent être probablement attribués à l'âge critique.

Les pertes sanguinolentes causées par les tumeurs fibreuses et par les polypes, et l'écoulement qu'ils déterminent, sont souvent confondus avec le flux menstruel et avec celui de la cessation ; on peut même avoir raison si l'apparition en est périodique. Dans un cas de tumeur fibreuse, que je relaterai plus loin, l'écoulement dura pendant huit années sans discontinuer ; mais il n'y a pas de certitude qu'il ne fût motivé par l'âge critique.

V. — Le cas suivant m'a extrêmement embarrassé :

Cinquième cas. — *Hydatides de l'utérus considérés comme*

étant l'âge critique. — Anne H., femme grande, paraissant délicate, cheveux blond-clair, yeux bleus, avait trente-neuf ans lorsqu'elle me consulta pour la première fois, au Dispensaire de Paddington, le 17 juin 1850. Elle avait été réglée à quinze ans, et en avait souffert beaucoup. Elle se maria cinq ans plus tard, eut six enfants et avait été réglée jusqu'à l'année précédente, où les règles vinrent à deux, trois, cinq et huit semaines d'intervalle, avec de grandes douleurs, des attaques de nerfs, dans lesquelles, quoique n'ayant pas perdu connaissance, elle restait de six à huit heures sans force et sans parole. A l'examen, je ne trouvai aucune affection de la matrice et je pensai que l'âge critique approchait; je la traitai en conséquence, mais sans lui procurer grand soulagement. La menstruation s'arrêta pendant trois mois, au bout desquels rien n'avait été de nature à me faire changer d'avis ; mais, en décembre, le flux arriva, et j'ai rarement vu de plus grandes souffrances que celles qu'elle endura pendant un an, l'écoulement étant fréquent et accompagné de douleurs abdominales et d'attaques hystériques.

La matrice était béante, mais non ulcérée, et sa dimension n'était pas de beaucoup augmentée. Je donnai de l'opium et de l'ergot de seigle à doses répétées pendant longtemps et avec un succès appréciable, car le 10 mai 1851, la menstruation revint à son époque régulière et sans grandes douleurs. L'abdomen était très gonflé. En rentrant chez elle, le 23 juin, de violentes douleurs accompagnées de contractions utérines amenèrent l'expulsion par le vagin d'environ une pinte d'eau visqueuse, colorée en rose, sans mauvaise odeur. Cet accident fut suivi d'un écoulement sanguinolent qui dura quelques jours. L'examen au toucher fut très douloureux, mais je m'assurai que le corps de la matrice était en anteversion, était très gonflé et que le col était placé si haut qu'il était difficile d'en atteindre l'ouverture. Je prescrivis des lavements opiacés, qui calmèrent les douleurs ; des injections d'alun qui arrêtèrent l'écoulement, mais alors les douleurs reparurent et ne furent soulagées que par un nouvel écoulement. Pour obtenir les secours de la paroisse, il fallut que la malade fût soignée par M. Howlett mais j'appris que, après de très violentes douleurs,

une demi pinte de liquide visqueux avait été de nouveau rendue par le vagin, le 3 juillet, après quoi le sang avait continué à couler, tantôt par gouttes, tantôt par quantité. Quand cet écoulement utérin s'arrêtait pendant deux ou trois jours, les douleurs devenaient intolérables, malgré l'administration des sédatifs intérieurement et extérieurement; cet état dura jusqu'à ce que l'on m'envoya chercher, le 6 décembre ; après des douleurs comme pour un accouchement, elle expulsa une énorme masse d'hydatides, ce qui expliqua fort bien les pertes répétées et les souffrances continues de la malade. L'ergot de seigle causa des douleurs dans les reins, et elle rendit du sang noir et de mauvaise odeur. L'opium calma les douleurs; la malade se rétablit et eut un enfant l'année suivante.

Les hydatides de l'utérus constituent une maladie rare, qui ne se manifeste guère que vers la fin de l'existence; le diagnostic en est très obscur. La matrice augmentée de volume, l'écoulement continu sans ulcération du col, alternant avec une perte visqueuse, limpide ou rose, — le meilleur symptôme de la présence des hydatides utérins — n'existaient pas dans la dernière période de cette observation. Si le diagnostic eût été clairement établi, il aurait mieux valu dilater l'ouverture de la matrice et provoquer l'expulsion des hydatides, en évitant ainsi à la malade six mois de souffrances.

VI. — Les pertes causées par le cancer sont souvent considérées comme des indices de l'âge critique, principalement lorsqu'elles se présentent chez des jeunes femmes d'une bonne santé apparente — erreur qui ne peut être évitée que par l'examen.

VII. — Les premiers temps de la grossesse, à un âge relativement avancé, sont fréquemment pris pour la cessation, surtout quand, (ce qui peut arriver à toute époque), la grossesse est accompagnée de bouffées de chaleur, de transpirations et d'autres symptômes nerveux qui caractérisent la ménopause. En semblable occurence, le mieux est de n'émettre qu'un avis très réservé. Ainsi, De La Motte rapporte qu'une dame, par crainte d'avoir

des enfants, ne voulut se marier qu'âgée de cinquante-et-un ans, et que, lorsqu'elle devint enceinte, tous les symptômes de la grossesse furent confondus avec ceux de l'âge critique. Mais il est bien plus ordinaire de voir attribuer les symptômes de l'âge critique à une grossesse. L'imagination peut jouer son rôle dans l'affaire : en effet, beaucoup de femmes ont horreur de vieillir, et, si elles sont mariées, elles préfèrent se persuader qu'elles vont avoir un enfant ; cela dure jusqu'à ce que, comme la veuve de Harvey, elles voient leur espérance s'en aller au vent. Quelquefois, cependant, la croyance de la malade en une grossesse est fondée sur des données trompeuses.

Le flux menstruel s'arrête, l'abdomen grossit graduellement, et les femmes qui ont eu des enfants sont convaincues qu'elles sentent les mouvements du fœtus ; les seins se développent et laissent suinter un liquide laiteux ; elles éprouvent des nausées et des désirs fantastiques ; s'il survient un écoulement, les symptômes se dissipent, mais peuvent reparaître et se trouver encore soulagés de la même façon ; et ces pertes de la menopause sont regardées souvent comme des fausses couches. Brière de Boismont rapporte trois cas, et Fodéré deux cas de cette catégorie. Celui qui suit fait partie des observations recueillies dans ma pratique personnelle :

Sixième observation.— *Cessation considérée comme étant une grossesse.* — Mary C., mariée, âgée de quarante-cinq ans, grande, d'apparence délicate, yeux bleus et cheveux noirs, se croit enceinte ; plusieurs médecins le lui ont assuré. La menstruation s'est manifestée chez elle à onze ans, et a été accompagnée de quelques troubles avant et après son mariage. Elle avait alors vingt-sept ans, mais elle n'est jamais devenue enceinte. Pendant un an, le flux menstruel a été ou très abondant, avec de gros caillots, ou très pâle, et, pendant les six derniers mois, il n'a pas reparu, le ventre grossissant graduellement, les seins se gonflant et devenant douloureux, avec de la leucorrhée et des sensations hystériques dans la gorge. A l'examen, je trouvai l'abdomen développé, mais sans la tumeur centrale et uniformément ronde d'une matrice

contenant un enfant. Au contraire, cet organe était petit,avec un orifice vierge. Convaincu que la malade n'était pas enceinte, je conclus qu'elle traversait l'âge critique, en considérant le long temps d'arrêt de la menstruation, les faiblesses épigastriques continuelles, les bouffées de chaleur et les transpirations. Mon traitement habituel la soulagea ; pendant plusieurs mois successivement, elle éprouva d'abondantes pertes vaginales d'un liquide muqueux, mais qui n'acquirent pas de périodicité. Lorsque je la vis pour la dernière fois, elle avait cinquante ans, et n'avait eu aucun retour de menstruation.

Septième observation. — *Ménopause considérée comme une grossesse.* — Sarah B., grande, maigre, d'un tempérament sanguin, dit qu'elle est âgée de trente-cinq ans, bien quelle en paraisse quarante, et qu'elle a été réglée à quatorze ans, sans douleurs. Mariée à dix-huit ans, elle avait eu cinq enfants, mais n'avait pas été bien portante depuis ses dernières couches, deux ans auparavant. Les douleurs hypogastriques sont habituelles, le flux menstruel irrégulier a été pendant six mois comme de l'eau sale et a complètement cessé depuis sept mois ; l'abdomen a grossi, et elle sent des mouvements comme ceux qu'elle éprouvait habituellement pendant la grossesse. Les mamelles sont gonflées et laissent suinter une matière liquide ; les mamelons sont entourés d'un cercle de couleur foncée parsemé de pseudo-follicules. Malgré ces signes décisifs et les assertions de la malade, je ne crus pas à la grossesse ; en effet, il n'existait pas de tumeur ombilicale solide ; pas de ramollissement du col de la matrice ; l'irrégularité de la menstruation et l'aspect qu'elle avait en dernier lieu, une grande disposition aux bouffées de chaleur et aux transpirations pendant les trois derniers mois, étaient les raisons que j'avais de penser que l'âge critique approchait. J'acquis la certitude que je ne m'étais pas trompé en m'informant de cette femme quelques années plus tard.

Dans les cas précédents, je crois que les rapports d'influence qui s'établissent à l'âge critique ont amené un état nerveux des ovaires et de la matrice, capable de déterminer plusieurs symp-

tômes de la grossesse ; et lorsque l'enflure abdominale, les nausées, le gonflement des mamelles persistent pendant des mois, la supposition d'une grossesse pourrait être facilement admise, et même l'héritier de droit d'une fortune pourrait être frustré sans qu'il soit possible de découvrir la fraude, si la femme a déjà eu des enfants, à moins qu'une investigation sérieuse ne soit faite bientôt après la supposition de l'évènement.

Gooch a signalé une autre classe de cas simulant la grossesse, à l'âge critique. L'utérus est engourdi, les intestins sont flatulents, l'épiploon et les parois abdominales sont devenus très gras, les femmes ayant alors ce que Baillie appelait « un double menton au ventre ».

La plus remarquable erreur de cette nature fut commise dans le cas de Joanna Southcott, qui, bien qu'âgée de soixante-quatre ans, fut déclarée enceinte par plusieurs médecins. L'abdomen entier était revêtu d'une couche de graisse de quatre pouces d'épaisseur, et l'épiploon était une masse graisseuse quatre fois plus grosse que son volume ordinaire. Il est évident que si les femmes se marient vers l'époque de la cessation, si elles sont grasses, si elles ont le désir d'avoir des enfants, elles peuvent éprouver certains symptômes de la grossesse, — nausées le matin, poitrine douloureuse, sensation de quelque chose remuant dans l'abdomen, si bien qu'il est impossible d'affirmer le contraire, si ce n'est en constatant par l'examen direct que la matrice a ses dimensions habituelles et ne présente pas ainsi les phénomènes de la grossesse. J'ai connu des femmes qui pouvaient se croire enceintes, en raison d'un énorme dépôt graisseux formé à l'abdomen et à la poitrine seulement.

Dusourd a rencontré quelques cas d'exfoliation utérine à l'âge critique, les membranes étant évacuées sans écoulement, mais avec beaucoup de douleurs ; cela peut faire croire à une grossesse. J'ai toujours observé l'exfoliation de la muqueuse utérine chez de beaucoup plus jeunes femmes ; mais, dans le premier cas de ce genre qui ait été signalé, Morgagni constate clairement que l'exfoliation de la membrane muqueuse a continué chez la femme jusqu'après la cessation de la menstruation.

Chez d'autres femmes, mariées ou non, l'on ne trouve pas de membranes expulsées, mais les agents solides du sang se coagulent et sont expulsés sous forme d'une masse ovoïde, au milieu de douleurs semblables à celles de l'enfantement. Alors, la matrice est réellement dilatée et peut causer tous les troubles sympathiques de la grossesse comme dans le cas suivant:

Huitième observation. — *Cessation et fausse grossesse prises pour une grossesse véritable.* — Il y a cinq ans, je fus consulté par une dame qui vivait dans une bonne société, âgée de quarante-cinq ans, non mariée, forte et de complexion florissante. Le flux menstruel était venu à quatorze ans; il avait continué sans dérangement notable jusqu'aux deux années précédentes ; il devint alors irrégulier, tantôt rare, tantôt abondant et contenant de gros caillots qui n'étaient expulsés qu'avec d'intenses douleurs abdominales. Enfin, il avait complètement disparu six mois avant qu'elle me consultât, et, à cette époque, l'abdomen avait acquis une dimension suffisante pour attirer l'attention ; l'appétit était capricieux ; des nausées survinrent le matin ; toutes circonstances qui donnèrent naturellement matière à de malicieux commentaires concluant à ce que la malade était enceinte; et ce bruit arriva bientôt aux oreilles d'un homme auquel elle était depuis longtemps fiancée. Grâce à un examen attentif, je trouvai la matrice considérablement développée, pas encore autant qu'elle eût dû l'être par une grossesse de six mois. Le col de la matrice, plus court que d'habitude, n'était pas aussi flasque qu'il l'est généralement à pareille date. Les seins se trouvaient gonflés, les mamelons entourés d'un cercle plus sombre qu'à l'ordinaire ; mais il n'existait pas de follicules. En examinant attentivement ces faits et en me rappelant que, depuis les irrégularités de la menstruation, cette dame avait éprouvé des bouffées de chaleur et des transpirations, j'affirmai qu'elle souffrait des symptômes de l'âge critique, compliqués d'un développement chronique de la matrice. Une série de purgations, des toniques doux, et des sédatifs diminuèrent les nausées et les manifestations nerveuses, mais l'augmentation de volume du ventre parut s'accroître au lieu de dimi

nuer. Deux mois après qu'elle m'eût consulté, c'est-à dire huit mois après l'arrêt complet de la menstruation, je fus appelé au milieu de la nuit, et je la trouvai en proie à des douleurs semblables à celles de l'enfantement ; elles durèrent quelques heures et se terminèrent par l'expulsion d'un objet gros à peu près comme une orange de Séville. Sa surface externe était rude, en partie recouverte de fibrine bien organisée; en l'ouvrant, on y trouva comme contenu du sérum limpide. Les parois de ce kyste hématique variaient comme épaisseur, de deux à cinq lignes. Sa surface interne n'était pas tapissée par une membrane; enfin, l'inspection microscopique confirma la supposition de la nature fibrineuse du kyste. L'issue de ce corps singulier fut suivie pendant plusieurs semaines d'un écoulement séro-sanguinolent, accompagné de grandes douleurs et d'un abattement moral considérables. En examinant la malade six semaines plus tard, je constatai que la matrice avait repris sa dimension normale ; l'esprit fut longtemps à recouvrer sa tranquillité, car de mariage il n'était plus question et des amitiés auxquelles elle tenait s'étaient refroidies ou avaient cessé malgré ma déclaration formelle que le kyste sanguin rendu par cette dame n'était pas le résultat d'une grosessse. La dernière fois que je la vis, elle avait quarante-neuf ans, et n'avait pas été de nouveau réglée.

Je crois que cette espèce de fausse grossesse doit se manifester chez les femmes qui éprouvent pour la première fois le désir du mariage, au commencement de l'âge critique. J'en ai vu plusieurs cas ; l'un d'une dame de quarante-sept ans, qui se maria après les premières manifestations des approches de l'âge critique. L'autre d'une dame de quarante-cinq ans, veuve depuis douze ans, qui se maria lorsque déjà les règles étaient devenues très-irrégulières. Peu après, les symptômes ordinaires de la grossesse se montrèrent, la matrice devint quatre ou cinq fois plus grosse que son volume normal, et après être restée ainsi pendant cinq mois, elle expulsa une masse de fibrine à demi-organisée ; la malade se rétablit, mais la menstruation demeura irrégulière. Dusourd mentionne le cas d'une femme, à l'âge critique, qui se crût

enceinte ; en se baissant, elle se sentit mouillée par un liquide séreux, coulant de la matrice ; alors l'abdomen diminua ainsi que les mamelles. Il résulte de ces faits qu'une tumeur des ovaires ou de l'utérus, à l'époque de l'âge critique, peut conduire à supposer une grossesse.

Les signes de la grossesse sont, en général, obscurs pendant les premiers mois ; dans ce cas, on doit attendre pour émettre une appréciation. Si, à une période ultérieure, il se produit des erreurs, c'est que l'on ne tient pas assez compte de tous les symptômes et de toutes les circonstances, ou parce que le sujet ne permet pas de constater leur existence. Ainsi, dans le cas de Joanna Sauthcott, les médecins qui la crurent enceinte n'eurent pas l'autorisation de pratiquer un examen vaginal ; malgré cela, M. Sims était convaincu qu'il y avait là mensonge et non grossesse, d'après l'état des seins et l'absence de la proéminence ombilicale. Dans les cas simulant la grossesse, le col de la matrice n'est ni flexible ni œdématié et le vagin n'est pas livide. La malade dit que le gonflement abdominal a commencé au nombril et non au pubis ; les mouvements ressentis dans l'abdomen sont accompagnés de dépressions mal définies au lieu d'élévations bien marquées. La pression, le froid, les secousses ne reproduisent pas les mouvements que fait un enfant dans la matrice. Le nombril est déprimé au lieu d'être saillant ; des éminences mal circonscrites remplacent la masse centrale ovoïde et régulière que produit habituellement la grossesse, on n'entend ni le murmure placentaire ni le tic-tac du fœtus ; cependant quelques gargouillements peuvent provenir des intestins ; enfin, le développement des follicules du sein est imparfait.

Le diagnostic de la cessation étant ainsi établi, je procède à mon enquête :

M'étant assuré de la date moyenne de la dernière menstruation, j'ai ainsi un point fixe pour établir le calcul du temps avant ou après lequel la santé des femmes est plus ou moins assurée. La durée du temps d'incertitude varie, comme les prodromes de la première menstruation, de quelques mois à six ou sept ans. Sur les 500 cas que j'ai notés, il n'y a pas de temps incertain ; chez 137 femmes, la cessation a été immédiate ; 265 ont dit que

l'incertitude avait duré suivant les chiffres transcrits au tableau ci-dessous :

TABLEAU X.

Durée du temps d'incertitude.

TEMPS.	CAS.	TEMPS.	CAS.
Mois. — 1	2	Années. — 2	52
2	3	3	25
3	9	4	9
4	4	5	4
5	5	6	6
6	32	6	5
7	4	8	3
8	11	9	1
9	3	12	1
10	9	14	1
11		18	1
12	60		
18	15		108
			157
	157		
		Total.....	265
DURÉE MOYENNE DU TEMPS D'INCERTITUDE.			
Années		2'3.	

La durée moyenne du temps d'incertitude serait donc de deux ans et trois mois, mais ce chiffre en donnerait une idée fausse, car, en questionnant de nouveau les malades, j'ai découvert qu'en général, plusieurs mois avant que les règles devinssent irrégulières, d'autres changements avaient eu lieu, soit que la quantité eût graduellement diminué, soit qu'elle fût parfois insignifiante, parfois profuse. Souvent la qualité en était modifiée, et plusieurs mois de suite, on avait pu observer que l'écoulement était plus séreux, de couleur plus pâle, ou bien comme de l'eau brune ou grisâtre.

C'est pourquoi j'estime que l'influence des ovaires commence à s'affaiblir chez beaucoup de femmes de quarante-deux à quarante-six ans, à peu près.

De même, il n'existe pas de moyens précis pour mesurer le

temps qui s'écoule entre la cessation de la menstruation et le rétablissement de la santé, parce que la restauration de la constitution s'opère insensiblement, et varie beaucoup suivant les individus ; mais, de l'étude de 383 cas, je conclus que, en général, lorsqu'il s'est écoulé trois ou quatre années depuis la cessation, les femmes ne sont plus sujettes aux pertes, aux sueurs, à des symptômes nerveux inquiétants, soit cérébraux, soit ganglionnaires. J'ai néanmoins vu fréquemment des symptômes manifestes de l'âge critique durer de longues années, douze dans un certain cas, et avec très peu d'interruption. Lorsque la cessation doit mettre en activité les germes des maladies qui ont été longtemps comme endormies dans le système, cet effet se produit ordinairement dans les quatre années qui suivent la cessation.

Après avoir constaté la date moyenne de la cessation, en tenant compte des exceptions à la règle, je donne le tableau XI qui présente la durée de la fonction menstruelle :

Toutes ces observations ont été recueillies dans des circonstances identiques, à Paris et à Londres ; et je pense que si B. de Boismont a trouvé une moyenne si courte pour la durée de la fonction menstruelle, cela vient de ce qu'il a opéré sur une très petite quantité. La moyenne exacte peut être évaluée de trente à trente-deux ans, qui est aussi celle de la fécondité de la femme, et celle de chaque génération successive, trois faits qui ne peuvent être séparés.

Les communications faites au Congrès Médical de Paris et l'excellent opuscule du Docteur Hannover sur la Menstruation m'ont permis d'établir le tableau XII ; mais je suis incapable de comprendre comment il peut y avoir une différence de plus de quatre ans dans la durée de la menstruation en Danemark et en Norwège.

TABLEAU XI.

Durée de la fonction menstruelle.

Nombre d'années.	Nombre de cas. B. de Boismont.	Nombre de cas. Dr Tilt.
5	1	
6	1	
8	1	
11	1	1
13		1
15		3
16	4	1
17	4	2
18	1	4
19	3	1
20	3	3
21	4	6
22	3	11
23	12	11
24	8	10
25	8	20
26	11	11
27	7	25
28	6	29
29	7	33
30	13	36
31	13	33
32	9	38
33	9	35
34	7	49
35	4	33
36	10	26
37	6	16
38	5	15
39	2	15
40	7	6
41	1	4
42	3	7
43	1	5
44	1	3
45		1
46		1
47		3
48	1	
	177	500
DURÉE MOYENNE DE LA FONCTION MENSTRUELLE.		
Années	25'93.	31'33.

TABLEAU XII

Moyenne comparative de la durée de la Menstruation

Pays	France	Angleterre		Danemark	Norwège	Russie
		Londres	Manchester.			
Nombre de cas	178	500	69	312	391	100
Moyenne de la durée	29.1	31.8	31.2	27.9	32	31
Observateurs	Brièrre de Boismont	Dr Tilt	Whitehead	Hannover	Faye et Vogt	Lieven

En ce qui concerne la durée de la menstruation dans l'Inde, nous n'avons aucun document, si ce n'est l'évaluation imparfaite de voyageurs et même de médecins, trop négligents ou trop affairés pour qu'on puisse s'en rapporter à eux.

(*A Suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTES SAVANTES

—

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

—

Session de Rouen.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Duplay.

FLUXIONS PLEURO-PULMONAIRES RÉFLEXES D'ORIGINE UTÉRO-OVARIENNE.

M. Potain. — Je vous demande la permission d'appeler votre attention quelques instants sur certaines formes de pleurésie ou de congestion pulmonaire qui se produisent consécutivement aux affections des ovaires ou de l'utérus et qu'on pourrait appeler,

je pense, *fluxions pleuro-pulmonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne.*

S'il me paraît utile de vous soumettre quelques réflexions sur ce sujet, ce n'est pas qu'on ne sache depuis longtemps qu'il existe certaines relations entre les maladies utéro-ovariennes et les affections thoraciques, qu'on ne connaisse, par exemple, la fréquence des pleurésies qui accompagnent les péritonites puerpérales. Celles-ci ont été signalées par tous les auteurs qui se sont occupés des maladies des femmes en couche : Cruveilher, Velpeau, Charrier, Hervieux, etc.

Mais les faits dont je voudrais vous entretenir sont, comme vous allez voir, d'un ordre absolument différent. Dans le cas d'affection puerpérale, en effet, la péritonite que la pleurésie vient compliquer, est le plus souvent généralisée ; elle s'est presque toujours, comme l'a indiqué M. Hervieux, rapidement propagée jusqu'à la face inférieure du diaphragme, et de là l'inflammation a facilement gagné la plèvre, traversant la couche musculaire, soit à la faveur des canalicules de Recklinghausen, selon l'opinion du docteur Fraentzel, soit par l'intermédiaire des lymphatiques, comme cela a été vu par le docteur Laroyenne, de Lyon. Les choses, d'ailleurs, ne se passent point autrement, dans tous les cas de péronite généralisée, voire même à l'état chronique ; le point de départ de l'inflammation n'a aucune influence ni sur sa marche ultérieure, ni sur le sens de sa propagation.

Il est bien vrai que les péritonites puerpérales qui se compliquent de pleurésies, ne sont pas toujours des péritonites généralisées. Ainsi, M. Fochier, de Lyon, a rapporté un cas dans lequel la pleurésie apparut deux jours après le début d'un phlegmon du ligament large consécutif à l'accouchement, et M. Icard, un autre, oú, dans les mêmes conditions, la pleurésie fit suite à une pelvi-péritonite demeurée circonscrite. Mais dans ces cas, on peut invoquer encore, pour expliquer la propagation de la phlegmasie péri-utérine, le transport des produits septiques par le canal des vaisseaux lymphathiques.

Les faits que je vais avoir l'honneur de vous exposer échappent à ce genre d'interprétation. Il s'agit, non plus d'inflammation suppurative, mais de simples fluxions ou irritations ovariennes et péri-ovariennes, lesquelles, sans l'intervention d'aucu-

ne autre cause et par une sorte de contre-coup ou de retentissement, provoqueraient un état analogue dans la plèvre et le poumon.

Voici comment les choses se passent. Une jeune fille ou une jeune femme (car c'est toujours chez des sujets jeunes que j'ai observé les faits dont je parle), le plus souvent au moment des règles et à la suite de quelque perturbation physique ou morale, ou même sans cause que l'on puisse apprécier, est prise de malaise et de douleur dans un des côtés de l'hypogastre, qui se tend et devient sensible à la pression. Puis la douleur augmente, et la fièvre survient sans autres symptômes que ceux d'une péritonite péri-utérine ou péri-ovarienne, circonscrite et peu intense. Au bout de peu de jours (quelquefois deux ou un seul), dans quelques cas avant même que l'affection péritonique soit bien caractérisée, ou lorsque la fièvre a déjà cédé complètement, une nouvelle douleur se fait sentir à la partie inférieure du thorax, sous la forme d'un point de côté. Il survient des frissons, la fièvre s'allume ou se réveille, et quand on examine la malade, on trouve ce qui suit : la sonorité diminuée à la partie inférieure de l'un des côtés de la poitrine, quelquefois dans le tiers ou la moitié de la hauteur, le murmure vésiculaire affaibli, les vibrations thoraciques un peu moindres que du côté opposé, parfois un souffle faible, diffus, à tonalité un peu basse et prédominant vers les parties supérieures de la matité, c'est-à-dire, à ce que je crois, la plupart des signes caractéristiques de la congestion pulmonaire.

Dans un certain nombre de cas, rien d'autre ne survient et tous ces signes locaux s'effacent peu à peu, ou rapidement, c'est-à-dire dans l'espace de deux ou trois jours. D'autres fois, de la crépitation se mélange secondairement au souffle, ou se manifeste dans un point voisin ; crépitation très fine, sèche, superficielle, à bulles rares, mais toutes semblables et également distantes de l'oreille ; crépitation, à mon avis, évidemment pleurale et qui veut dire que la plèvre participe à son tour à la fluxion dont le poumon était d'abord le siège. Puis le murmure vésiculaire disparaît entièrement à la partie inférieure, les vibrations thoraciques s'effacent, le souffle change de tonalité, on entend enfin de l'égophonie. Un épanchement s'est alors formé dans la plèvre et masque désormais les signes de la fluxion pulmonai-

re. En ce cas, l'accident se prolonge davantage. Jamais pourtant je n'ai vu l'épanchement devenir assez abondant pour constituer en soi une affection sérieuse exigeant une intervention spéciale. Bien entendu, je ne veux pas dire que cela ne puisse arriver et le contraire est même plus que probable.

Dans tous les cas, l'évolution fut assez rapide, et dans quelques-uns d'entre eux, la douleur du bas-ventre, qui s'était effacée pendant la durée des accidents thoraciques, reparut après que ceux-ci se furent en partie dissipés.

De cette réunion de faits et de leur mode d'évolution, il résulte bien évidemment qu'une affection péri-utérine ou ovarienne, même en dehors de l'état puerpéral, peut devenir l'occasion d'une fluxion pleuro-pulmonaire consécutive, et que celle ci, quoique fébrile, est ordinairement en ce cas de médiocre gravité.

Quand l'affection utéro-ovarienne, point de départ de toute la maladie, résulte d'une suppression de règles, on peut bien supposer quelque perturbation apportée dans l'équilibre des mouvements circulatoires par la rétention du sang menstruel, et imaginer, par exemple, qu'une exagération rapide de la pression vasculaire force, en quelque sorte, la résistance des parois des capillaires dans tel ou tel organe moins résistant. Mais cette interprétation paraît être de nulle valeur pour les faits dont nous nous occupons, si l'on considère, d'abord, que les accidents dont je parle peuvent se produire sans aucune suppression de règles ; ensuite, et surtout, que l'affection pleuro-pulmonaire consécutive siège toujours du même côté que l'affection para-utérine ou ovarienne.

Or, comme il ne peut s'établir de relation exclusive, entre les annexes de l'utérus d'un côté et l'appareil pulmonaire du même côté, que par l'intermédiaire du système nerveux, il me semble que l'acte par lequel cette relation se manifeste, ne peut être considéré comme autre chose qu'un acte reflexe, et que cela justifie l'appellation que je proposais en commençant.

Vous en serez sans doute mieux convaincus, messieurs, si j'ajoute que la fluxion pulmonaire, qui a pour origine une perturbation de l'appareil utéro-ovarien, alterne parfois avec d'autres accidents pathologiques dont la nature névropathique n'est point sujette de contestation. Vous en verrez un exemple dans le cas que je vais vous dire :

Une jeune fille de quinze ans et demi, nommée Gazillot, avait vu ses règles se suspendre tout à coup le troisième jour de leur apparition, à la suite d'un refroidissement et d'une contrariété vive, et avait éprouvé à la suite de très fortes douleurs dans le bas-ventre. Le mois suivant, les règles ne reparurent pas ; mais, à l'époque où elles auraient dû venir, les douleurs du bas-ventre se renouvelèrent, et il apparut, sur les membres inférieurs, un urticaire bientôt accompagné de petites taches de purpura. Un mois plus tard, les mêmes accidents se reproduisirent encore, et la malade entra dans mon service, à l'hôpital Necker, le 7 décembre 1882, au n° 13 de la salle Sainte-Adélaïde. Elle portait encore des traces de son purpura qui était en voie de décroissance et se plaignait d'une douleur au niveau de la fosse iliaque droite, à la partie interne de laquelle la pression profonde provoquait une sensation des plus pénibles. De plus, elle avait de la fièvre, 38°8 sous l'aisselle, la respiration un peu accélérée, 26 inspirations par minute, de la douleur au niveau de l'hypochondre droit, sous les fausses côtes et au côté droit de l'épigastre ; enfin, la pression sur le trajet du nerf phrénique au cou était douloureuse. La respiration diaphragmatique était absolument nulle du côté droit, et même ce côté du ventre se déprimait pendant l'inspiration. Enfin, on constatait en arrière de ce côté-là et dans son tiers inférieur, de la matité avec un affaiblissement très marqué de murmure vésiculaire.

Des ventouses scarifiées furent appliquées sur le côté, la malade prit un peu d'acétate d'ammoniaque et, sans autre effort thérapeutique, le 11, c'est-à-dire après trois jours de traitement, la respiration diaphragmatique était rétablie. Le 12, la douleur du phrénique avait disparu. Le 13, enfin, la sonorité était redevenue normale et la respiration complète jusqu'au bas de la poitrine.

Les règles ne s'étaient point montrées, mais la douleur se faisait encore sentir dans la fosse iliaque droite.

Ainsi, voilà une jeune fille chez laquelle une perturbation du système nerveux provoque à la fois la suspension des règles et une douleur dans la région ovarienne ou péri-utérine, vraisemblablement une fluxion anormale que le flux menstruel absent ne peut plus résoudre. Cette fois, le processus pathologique s'arrête là et se concentre dans la région primitivement atteinte. Le

mois suivant, la fluxion se renouvelle sous une forme douloureuse encore et pathologique ; de plus elle provoque, par action réflexe, cette fluxion spéciale de la peau qu'on nomme urticaire et celle-ci, dépassant le degré habituel, prend une forme approchant davantage des fluxions hémorrhagiques, celle du purpura. Enfin, un mois après, le même processus, ne se limitant plus à la peau, atteint à leur tour le poumon et la plèvre, pour s'y présenter avec le même caractère de fluxion transitoire et s'évanouir ensuite, en peu de jours, sans avoir dépassé le degré de la congestion simple.

Dans d'autres cas, les premiers accidents par lesquels se manifeste l'ébranlement du système nerveux, produit par l'excitation utéro-ovarienne, sont d'ordre exclusivement névropathique. On va le voir dans le fait suivant :

Une jeune fille de dix-sept ans, nommée Cécile Vert, dont la sœur était sujette aux attaques de nerfs, mais qui n'en avait elle-même jamais éprouvé et n'avait eu d'autre maladie antérieure qu'une affection aiguë de poitrine deux ans auparavant, est réglée pour la première fois, le 9 mars 1882, puis les règles ne reparaissent plus.

Le 4 juin elle est prise, sans cause connue, de malaise, de courbature, de céphalalgie et d'une légère épistaxis. Cela dure jusqu'au 7, où, dans la soirée, surviennent des accidents convulsifs suivis de perte de connaissance. Le 9, nouvelle attaque suivie d'un état quasi comateux. Elle entre alors à l'hôpital, encore un peu abasourdie et répondant péniblement, avec 132 pulsations, 39° sous l'aisselle, une langue blanche à papilles rouges et saillantes, le ventre ballonné, douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, sans gargouillement ni diarrhée, et une rate longue de 11 c. 1/2.

A la base du côté droit et dans le tiers de la hauteur de la matité, le murmure vésiculaire faible, de la crépitation à bulles très fines, un peu de souffle. On applique des ventouses scarifiées et on prescrit une petite dose de digitale.

Le lendemain, 10, la fièvre a disparu, 37°, 92 pulsations. Il n'y a plus de souffle, mais encore un peu d'obscurité du son à la base et un léger bruit de déplissement pulmonaire. La douleur persiste au niveau de la fosse iliaque droite, et l'on constate une

analgésie complète et générale avec un degré assez prononcé d'anesthésie.

Le 13, la douleur abdominale et les signes thoraciques avaient disparu. Il ne restait plus que l'analgésie, et celle-ci était elle-même très diminuée le 15, en sorte que le 17 la malade pouvait sortir entièrement rétablie.

Ici, sans autre influence qu'une fluxion ménorrhagique qui ne parvient point à se résoudre d'une façon régulière et normale, il se produit d'abord des accidents convulsifs et comateux, puis une congestion pulmonaire aiguë à évolution rapide qui se dissipe aisément, comme dans le cas précédent, accompagnée par des accidents nerveux qui cessent avec elle. On ne saurait penser que les accidents nerveux aient été symptomatiques ou sympathiques de cette espèce de pneumonie congestive, car ils l'ont précédée de plusieurs jours, et comme ils ne sont point de nature à la faire naître, comme d'autre part la pneumonie avait pris naissance en dehors de toute autre condition étiologique, il faut bien penser que troubles nerveux et fluxion pulmonaire ont eu pour cause commune le travail pathologique dont l'appareil utéro-ovarien était le siège.

Il est bien vrai que les irritations utéro-ovariennes ne s'accompagnent pas toujours d'un semblable retentissement dans le poumon et la plèvre, et qu'il s'en faut même de beaucoup ; en sorte que l'affection pleuro-pulmonaire pourrait être considérée comme une complication purement accidentelle. Mais n'en est-il pas de même pour toutes les affections associées par l'acte réflexe ? Cette sorte d'association pathologique suppose toujours un genre particulier d'irritation, portant sur un organe qui se trouve dans un état spécial d'irritabilité ; en second lieu, des voies de réflexion aptes à transmettre l'excitation reçue avec un certain degré d'intensité, peut-être même en la multipliant, et à la transmettre dans une direction donnée. Enfin, l'organe aboutissant de cette excitation transportée, doit être dans un état de réceptivité telle que l'affection secondaire éclate.

Trois conditions sont donc nécessaires pour que l'acte pathologique secondaire se réalise ; chacune d'elles est éminemment variable. Et il n'y a point à s'étonner que l'association pathologique, dont je viens de vous parler, soit en somme relativement exceptionelle. Les voies qui peuvent s'ouvrir, dans les centres

nerveux, au transport du réflexe partant d'un organe donné, sont singulièrement nombreuses, variables d'ailleurs suivant les individus et souvent d'un moment à l'autre, chez un même sujet. C'est ainsi qu'une excitation partie de la muqueuse de l'estomac, peut avoir un retentissement sur le cerveau, les organes des sens, le poumon, le cœur, le foie, l'intestin, les muscles, la peau, et que dans chacune de ces parties de l'organisme, elle peut, suivant les circonstances, produire des effets différents, voire même opposés : congestion, ischémie, hypersécrétion, spasmes, convulsions, paralysie, etc. C'est ainsi que, pour ne point sortir des faits dont je vous ai parlé, une excitation ovarienne peut produire, comme vous avez vu, des troubles cérébraux, des spasmes, des convulsions, des anesthésies, des fluxions cutanées de divers ordres, et enfin des congestions pulmonaires.

Mais parmi ces voies multipliées, il en est qui s'ouvrent en quelque sorte plus naturellement, qui sont comme frayées d'avance et que le réflexe affecte plus particulièrement. Ce sont celles-là qui semblent établir entre certains organes cette *solidarité* pathologique sur laquelle j'ai eu occasion d'appeler, autrefois déjà, votre attention. Ce sont celles-là qui paraissent relier spécialement l'ovaire à la plèvre et que je me suis proposé de vous signaler aujourd'hui.

On n'objectera point qu'il n'y a aucun rapport d'intensité et d'étendue entre la fluxion secondaire et celle qui en a été le point de départ ; car c'est une loi très générale de pathogénie que les irritations très superficielles et répétées ou durables sont celles qui provoquent le mieux les actes réflexes ; que plus, au contraire, la trame même de l'organe excité est altérée dans sa substance et sa constitution, est désorganisée en un mot, moins les actes réflexes ont de chance de se produire. Un léger chatouillement de la peau provoque des réflexes qu'un choc violent ne produira pas ; un tœnia fixé à la muqueuse par des ventouses microscopiques, amène parfois des convulsions terribles et une foule d'accidents nerveux que ne déterminent en aucune façon les entérites les plus graves, celles même qui détruisent des portions étendues de la muqueuse. Les troubles cardio-pulmonaires consécutifs aux affections gastro-hépathiques que j'ai eu l'honneur de vous signaler autrefois et qui acquièrent parfois une intensité si grande, ont ordinairement pour

point de départ une irritation très superficielle de la muqueuse de l'estomac ou de la vésicule biliaire ; tandis qu'on ne voit rien de semblable apparaître dans le cours des maladies plus graves et plus profondes de ces deux organes, comme les ulcérations ou les cancers.

En ce qui concerne l'appareil utéro-ovarien, la loi semble s'appliquer très exactement, et les inflammations ou dégénérations graves paraissent avoir peu d'aptitude à provoquer les retentissements pleuro-pulmonaires.

Je ne veux point insister, messieurs, sur le côté purement clinique de cette question, qui m'entraînerait beaucoup trop loin ; mais je vous ferai remarquer que l'affection pleuro-pulmonaire, dans le cas dont il s'agit, comme dans le plus grand nombre de ceux où elle est secondaire, a de la tendance à demeurer latente et à ne se révéler que par des signes physiques. Et, cependant, il importe, sans doute, même au point de vue pratique, d'être averti d'un fait qu'on aura moins de chance de laisser passer inaperçu, quand on sera mieux averti de sa possibilité.

Pour me résumer, je dirai donc que les fluxions ou inflammations utéro-ovariennes sont susceptibles de provoquer dans le poumon et la plèvre du même côté un état fluxionnaire ou inflammatoire qui peut devenir prédominant et constituer ensuite la maladie principale ; que ce fait se place à côté de beaucoup d'autres qui établissent la solidarité pathologique par voie réflexe d'un certain nombre d'organes entre eux, et qu'on y retrouve la confirmation de quelques lois auxquelles cette solidarité semble soumise.

REVUE DE LA PRESSE

OBSERVATION DE PÉRINÉORRAPHIE DANS UN CAS DE DÉCHIRURE TOTALE DU PÉRINÉE.

Par le Dr Pruvost,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ayant eu l'occasion le 22 février dernier de faire une périnéorraphie dans un cas de déchirure totale du périnée, j'ai cru que la relation

de cette opération pourrait intéresser la Société, et je viens lui demander la permission de lui en faire l'exposé.

Mme M..., primipare, âgée de 32 ans environ, lymphatique et nerveuse, était accouchée avec le secours du forceps dans les premiers jours de novembre 1881. Au bout de trois ou quatre jours, l'incontinence des matières fit reconnaître une déchirure du périnée, et l'application de quelques serres-fines fut alors le seul traitement employé. Tout alla bien pendant quelques jours, tant que la malade put rester constipée, mais bientôt l'incontinence reparut, et ne tarda pas à infliger à Mme M.... les tortures morales les plus pénibles.

Je la vis pour la première fois le 2 janvier dans mon cabinet, et voici ce que j'observai :

D'abord disparition complète du périnée, à la place duquel on rencontre, vers la ligne médiane, la cloison avec la colonne postérieure du vagin et les plis qui en partent ; sur les côtés, une surface d'un rouge un peu vif, contournée en forme de corne, et terminée en avant (à droite comme à gauche) par une saillie d'un rouge plus vif, qui n'est autre que la trace de la déchirure de la fourchette. Plus en arrière, sur la ligne médiane, et faisant immédiatement suite à la colonne postérieure du vagin, se voit un orifice un peu ovalaire en forme de bec de flûte, qui n'est autre que l'anus, dont le sphincter a été rompu en avant dans presque toute sa hauteur. Le doigt, en effet, sent à peine de ce côté une bride extrêmement mince, qui ne suffit qu'incomplètement à obturer l'orifice rectal. Le bord antérieur de cet orifice est bien manifestemcnt constitué par la soudure des muqueuses rectale et vaginale ; il est facile de se rendre compte de la minceur de la cloison de chaque côté de la colonne postérieure, en la saisissant entre le pouce et l'index.

Fait curieux à noter : en outre de la déchirure béante de la région ano-vulvaire, la malade se figurait avoir une autre communication fistuleuse entre le rectum et le vagin, parce que les gaz et les matières liquides venant de l'intestin, au moment des efforts de défécation, semblaient sortir du conduit vaginal. Cette supposition fut réduite à néant par l'absence de reflux, du côté du vagin, des liquides colorés injectés avec précaution dans le rectum en même temps que par la dilatation de ce dernier au moyen d'un pessaire à air, permettant l'examen plus facile de la face vaginale de la cloison. Du reste, la sensation éprouvée par la malade s'expliquait très simplement par l'obliquité de la section rectale forçant les matières liquides et gazeuses à se

diriger vers la paroi supérieure du vagin, aussitôt que la contraction intestinale entrait en jeu.

Mme M..., que son infirmité rendait extrêmement malheureuse, aurait désiré pouvoir être opérée tout de suite ; mais bien que l'involution utérine présentât une marche régulière, qu'il n'y eût pas d'écoulements vaginaux et que l'état général fût assez satisfaisant, je m'inspirai des préceptes les plus généralement admis au point de vue du délai qu'il faut laisser s'écouler avant l'opération, et je persuadai à la malade d'attendre.

Le mois de février arriva et la vie devenait de plus en plus odieuse à Mme M... dont l'état nerveux était très surexcité. En outre, certaines considérations de famille et d'intérêt finirent par lui faire réclamer absolument l'opération. Celle-ci fut fixée au 22 février.

Dès la veille, un purgatif salin fut administré et le matin même un lavement contribua à vider complètement le tube digestif. Enfin, pour produire l'anesthésie comme le conseille M. Trélat, je fis prendre à la malade, un quart d'heure avant l'opération, une potion contenant 40 grammes de sirop de morphine et 6 grammes de chloral ; mais ce moyen échoua complètement, et il fallut avoir recours au chloroforme. Deux de mes amis, MM. Foucart et Muselier, avaient bien voulu me prêter leurs concours, et je ne saurais trop les remercier publiquement de m'avoir grandement aplani les difficultés opératoires.

Pour les détails dans lesquels je vais maintenant entrer, je dois dire que je me suis surtout inspiré de la thèse de M. Baraud, et que j'ai adopté avec lui le procédé de M. Trélat, qui n'est autre que celui de MM. Verneuil et de Roubaix, légèrement modifié pour ce qui a trait à la suture profonde.

Ainsi, je fis une première incision, suivant rigoureusement le bord de la déchirure de la cloison, et respectant le liséré de la muqueuse rectale. Cette incision descendit en bas jusqu'à la limite antérieure des plis rayonnés de l'anus et, répétée de chaque côté, affecta la forme d'un V, ouvert en bas.

Une seconde incision, commençant à un centimètre au-dessous de l'angle de la première, fut conduite sur la muqueuse vaginale, parallèlement à celle-ci jusqu'à la rencontre de la cicatrice de la déchirure de la fourchette, dont elle contourna la limite antérieure ; puis alla rejoindre la pointe postérieure de la première incision, en continuant par sa direction le bord interne des grandes lèvres et la plaie bilatérale de l'ancien raphé périnéal.

Cette manœuvre, répétée de chaque côté, circonscrivit une surface assez large que j'essayai d'abord d'aviver avec le bistouri ; mais j'abandonnai bientôt cet instrument et donnai la préférence aux ciseaux courbés sur le plat, qui me parurent d'un emploi à la fois plus facile et plus rapide : peut-être cependant peut-on leur reprocher de ne pas donner de suite une surface avivée aussi unie qu'avec le bistouri, et laisser forcément de petits éperons de tissu non cruenté, sur lesquels il faut à chaque instant revenir. D'un autre côté, l'abrasion au moyen du bistouri réclame une tension parfaite et à direction souvent variable, de tissus qui s'y prêtent médiocrement ; de sorte que si la malade n'est qu'incomplètement anesthésiée, comme c'était le cas ici, on est exposé à des mouvements brusques qui gênent l'opérateur et les aides et font perdre beaucoup de temps. Ici se place un petit détail que je tiens à mentionner.

Probablement à la suite de la première tentative de réunion au moyen des serres-fines, il était resté une petite induration cicatricielle de 5 à 6 millimètres environ de diamètre, sur la partie de la cloison touchant au liséré de la muqueuse rectale, un peu à droite de la ligne médiane. Bien que j'eusse enlevé à ce niveau une plus grande épaisseur de parties molles que partout ailleurs, il me sembla que la surface en était peu saignante et gardait un ton décoloré. J'établirai plus loin l'importance que j'ai attachée à ce fait.

Une fois la plaie d'avivement bien achevée et détergée avec de l'eau alcoolo-phéniquée, je plaçai successivement à 6 ou 7 millimètres les unes sur les autres, et à 4 millimètres du bord de la plaie, sept points de suture vaginale, en fil d'argent très fin, en commençant par l'angle supérieur. Ces points de suture entrecoupée restèrent provisoirement libres et ne furent serrés que plus tard, quand les fils de la suture profonde furent passés.

Pour cette dernière, j'employai une longue aiguille canaliculée à manche fixe, que je fis pénétrer horizontalement dans la peau, à 5 centimètres en dehors de l'angle antéro-supérieur ou vulvo-périnéal de la plaie. Après avoir cheminé dans la profondeur des tissus, cette aiguille vint sortir entre les deux angles supérieur et inférieur de la plaie, juste à égale distance de son feuillet vaginal et de son feuillet rectal. Un gros fil d'argent de 7/10 de millimètre fut alors introduit dans son intérieur et maintenu avec une pince au niveau de la plaie pendant le retrait de l'aiguille. La même manœuvre fut répétée du côté

opposé, et le fil d'argent, introduit cette fois par la pointe de l'aiguille, fut entraîné avec elle.

Un second point, correspondant au tiers postérieur de la hauteur de la plaie, fut placé dans les mêmes conditions, et émergea dans la surface avivée à égale distance de son bord rectal et de son bord vaginal.

Je pratiquai alors la fermeture de 4 points de suture vaginale par la simple torsion des fils, puis je serrai les deux points de suture profonde, en engageant l'extrémité de chaque fil dans le trou central d'une plaque de plomb ovale, et l'enroulant ensuite autour de cette même plaque. Il ne me resta plus qu'à achever la fermeture des points antérieurs de la suture vaginale et à placer 4 ou 5 points de suture entrecoupée sur le périnée et la nouvelle fourchette. L'opération étant terminée, et, après un lavage aussi complet que possible avec l'eau alcoolo-phéniquée en pulvérisations et en lotions, la malade fut installée dans son lit, les genoux rapprochés et soutenus dans la flexion.

Les suites de l'opération furent assez simples. Grâce aux lotions et aux pulvérisations d'eau alcoolo-phéniquée que l'on eut soin de faire toutes les deux heures environ, la réaction inflammatoire resta modérée. Une ou deux pilules de chlorhydrate de morphine de 1 centigramme chacune suffirent, avec les lavages, pour calmer un peu de tension douloureuse qui s'établit du côté des parties opérées, trente-six à quarante heures après l'opération. Il n'y eut pas besoin de desserrer les points de suture profonde. Chaque soir la malade prenait en outre une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigrammes, pour maintenir la constipation. Enfin elle était parvenue à se sonder elle même dès le deuxième jour, et évitait la chute des dernières gouttes d'urine sur la plaie, en faisant glisser sur la sonde, au moment de la retirer, un petit cylindre de flanelle, ainsi que le conseille M. Hue.

Les sutures périnéales superficielles furent enlevées dès le quatrième jour, et les sutures profondes le surlendemain, après qu'un purgatif eut amené, sans accident, une première garde-robe. Puis vint le tour des sutures vaginales. Les plus antérieures s'enlevèrent avec assez de facilité, mais il n'en fut pas de même des postérieures, qui présentaient un certain enchevêtrement. L'anse de l'une d'elles resta même dans les tissus, et ne put être retirée que huit jours plus tard.

Aussitôt après l'enlèvement des sutures profondes, j'essayai de soutenir le nouveau périnée en rapprochant les deux fesses au moyen d'une large bande de dyachylon, fixée par ses deux chefs sur la partie antérieure du ventre. Une fois toutes les sutures enlevées, la malade

resta encore une semaine dans cette position, et on insista plus que jamais sur les lavages alcoolo-phéniqués dans le vagin, sur la vulve et le périnée. Après ce temps seulement, je cherchai à me rendre un compte exact de l'état des parties.

Du côté du périnée, la réunion était complète, et il paraissait en être de même au premier abord du côté de la vulve et du vagin. Mais en examinant de plus près, je découvris, à 2 centimètres de la nouvelle fourchette, un petit pertuis très étroit, dans lequel je pus introduire le plus fin stylet de trousse. En entr'ouvrant alors avec précaution l'orifice de l'anus de nouvelle formation, j'aperçus la pointe de ce stylet émergeant à 2 centimètres environ de son bord antérieur, exactement à l'endroit où, avant l'opération, j'avais remarqué une petite induration cicatricielle. Malgré l'abrasion plus profonde des tissus, à ce point, la réunion ne s'y était point faite, et je revis la même petite surface lisse et tendue se continuant, cette fois, par un infundibulum étroit avec le trajet parcouru par le stylet. Ce n'était donc qu'un demi succès. J'essayai bien, par quelques cautérisations au nitrate d'argent, d'amener la fermeture de la fistule, mais sans résultat. Du reste, la malade, que je revis dans mon cabinet à la fin d'avril, m'assura que l'existence de cette fistule ne la gênait aucunement, et que depuis l'opération, elle n'avait remarqué aucune incontinence de matières ou de gaz. Aussi, très heureuse de ce résultat et sur le point de partir pour la campagne, se résigna-t-elle volontiers à continuer chaque jour les quelques soins de propreté que je lui avais conseillés au moyen de l'eau alcoolo-phéniquée.

Je ne ferai suivre cette observation que de quelques courtes réflexions. En parlant de l'application des sutures profondes, j'ai omis à dessein certaines particularités qu'il me reste maintenant à exposer et qui constituent l'originalité du procédé de M. Trélat.

D'après ce dernier, les fils en anse destinés à déplacer, à mobiliser l'angle supérieur de la plaie, à froncer, comme une bourse, les bords de la division rectale et du sphincter de l'anus écartés, étranglent les tissus, les coupent, déterminent la suppuration profonde et ne produisent pas le résultat désiré. Aussi cherche-t-il à disposer ses fils sur un trajet aussi rectiligne que possible. C'est là le point capital de son procédé. Il emploie, pour cela, une longue aiguille de 10 centimètres montée sur un manche qu'il enfonce profondément à 4 ou 5 centimètres du bord périnéal de l'avivement. M. Trélat donne comme raison de cette manière d'opérer que, lorsque les fils pénètrent à une

courte distance des bords de l'avivement et déterminent tous une faible épaisseur des tissus, ceux-ci n'ont ni élasticité ni résistance suffisantes, et s'ulcèrent sous les chevilles ou sous les plaques, avant que la suture n'ait produit l'adhésion. Il fait remarquer en outre que si l'aiguille est enfoncée près des bords de la plaie, il faut forcément, pour que le fil pénètre profondément, le diriger d'abord d'avant en arrrière, puis traverser la déchirure, et finalement le faire sortir du côté opposé en le dirigeant d'arrière en avant. En agissant ainsi, on fait décrire au fil une courbe à concavité antérieure, et l'on s'expose à couper les tissus et à déterminer des suppurations profondes.

Le procédé employé par M. Trélat lui a permis de n'observer qu'une fois sur 11 cas la persistance d'une fistule recto-vaginale; encore cette fistule était-elle si petite qu'elle ne donnait lieu à aucun trouble fonctionnel. Je ne puis que lui reconnaître, pour ma part, tous les avantages que lui atiribue l'éminent chirurgien, et, bien qu'en l'employant je n'aie obtenu qu'une guérison incomplète, je suis porté à croire que l'existence sur le bord rectal de la petite induration cicatricielle dont j'ai parlé plus haut n'a pas été étrangère à ce résultat. Peut-être aussi, en prévision de la difficulté de la réunion à cet endroit, eût-il été préférable d'établir trois points de suture profonde au lieu de deux.

(*La France médicale.*)

LEUCORRHÉE

Le *Médical Record* de New-York donne le résumé suivant d'une communication du docteur Fordyce Barker, à la Société gynécologique américaine : le fait que la leucorrhée n'est pas une maladie idiopathique, mais un symptôme d'états morbides variés, semble avoir induit les gynécologistes à en négliger l'étude, et pratiquement à oublier que cette affection dépend souvent de causes constitutionnelles, et que lorsqu'elle passe à l'état chronique, elle donne lieu par elle-même à d'importantes altérations locales. Pendant le dernier quart du siècle, aucun écrivain n'a envisagé la leucorrhée comme symptôme d'une maladie locale, sauf Courty, Stolz et Robert Barner qui ont attiré l'attention sur quelques-unes de ces causes locales. Les gynécologistes américains, anglais, français et allemands sont tous laconiques sur ce sujet. Pendant plusieurs années, dit l'auteur, je n'ai aucunement ajouté foi à l'opinion de Tyler Smith, qui prétend que, dans beaucoup de cas, la leucorrhée est la cause première des différents états

morbides de l'orifice et du col utérin, et bien qu'aujourd'hui je ne sois nullement disposé à croire que ce fait s'applique à la majorité des cas, je me suis convaincu pendant ces dernières années qu'il s'applique évidemment à quelques-uns. On est unanime à admettre que la leucorrhée est entretenue tant par causes locales que constitutionnelles, mais je suis porté à croire que ces dernières sont trop souvent méconnues aujourd'hui, tant sous le rapport du diagnostic que sous le rapport du traitement de cette affection. Plusieurs de ces causes constitutionnelles, telles que les variations atmosphériques, qui favorisent ces affections catarrhales en général, la pléthore chez les unes, l'anémie chez les autres, toutes les formes de dénutrition et de débilité, etc., sont bien comprises. L'influence des désordres nerveux résultant d'un défaut de nutrition, ne l'est peut-être pas autant, bien que tous les praticiens aient observé qu'une émotion morale violente est chez certaines malades presque infailliblement suivie de leucorrhée.

L'auteur considère ensuite l'influence que certains faits anatomiques, tels que l'altération des vaisseaux sanguins de l'utérus, signalés par Mayrofer, peuvent avoir sur ce désordre. La leucorrhée et ses symptômes concomitants ne sont pas rares chez les jeunes filles ; tous les ans l'auteur est consulté à ce sujet, surtout par de jeunes demoiselles qui viennent à la ville « compléter leur éducation ». L'affaiblissement moral causé par l'ennui et l'épuisement nerveux lui semble être la plus fréquente des causes constitutionnelles chez ces personnes. Il croit que la cause d'erreur la plus fréquente dans le traitement de ces cas, résulte de l'omission des agents thérapeutiques ayant pour effet de favoriser le jeu physiologique de toutes les fonctions organiques, du défaut de surveillance, de la morale et de l'emploi routinier des préparations de fer qui, dans de telles circonstances, détruisent l'appétit, produisent la céphalalgie, etc. — (*Mich. Med, News*, — *Amer. Med. Digets*,) (*Revue médicale française et étrangère*).

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Mémoire lu à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, par le Dr R. Saint-Philippe

Messieurs,

Les tumeurs fibreuses de l'utérus intéressent le médecin tout autant que le chirurgien ; c'est à ce titre que je veux appeler votre attention sur ce point et vous faire à leur sujet une communication d'ordre pu-

rement clinique. Communément, dans la pratique, quand un médecin se trouve en face d'une de ces tumeurs, il tient à la malade à peu près le langage suivant : « Votre affection est bénigne, tout à fait compa-« tible avec l'existence ; il n'y a pas à intervenir radicalement. Le mal « diminuera avec les progrès de l'âge et pourra disparaître complète-« ment à l'époque de la cessation des règles. *Peut-être aurez-vous la « chance d'accoucher un beau jour brusquement de votre tumeur « et d'en être ainsi débarrassée à tout jamais.* » Il me semble qu'il y a dans ces paroles une exagération d'optimisme contre laquelle protestent assez souvent les événements, et que le vrai pronostic de ces tumeurs n'est pas aussi bénin ni aussi innocent qu'on veut bien le dire. Je vais essayer de le démontrer.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'on a l'habitude de distinguer les tumeurs fibreuses de l'utérus en interstitielles, sous-muqueuses et sous-péritonéales, suivant la situation qu'elles occupent dans cet organe. M. Courty ajoute que la seule différence qui sépare les tumeurs des polypes du même nom, c'est que les derniers sont reliés à l'utérus par un pédicule. Peut-être y aurait-il lieu de les séparer au point de vue de leur constitution anatomique, de leur structure, qui est loin d'être toujours la même. Mais, en fait de division, et pour la clarté de mon exposition actuelle, je me contenterai de les distinguer en : 1° tumeurs fibreuses, polypes fibreux, fibromes contenus dans la matrice ; 2° en tumeurs fibreuses, polypes fibreux, fibromes expulsés hors de la cavité utérine et siégeant soit dans le vagin, soit au dehors.

La seconde catégorie me paraissant plus importante, je débute par elle. J'en ai observé tout récemment trois cas. Le premier s'est présenté à moi à la consultation gratuite de l'hôpital Saint-André. C'était une fille, jeune encore, qui en était porteur. Elle était conduite par une voisine qui avait des airs mystérieux en l'accompagnant et semblait insinuer que la malade pouvait bien avoir clandestinement accouché d'un produit qu'elle aurait ensuite supprimé. La malheureuse baissait la tête elle-même, et n'avait pas l'air de nier absolument. Ses réponses étaient embarrassées et ambiguës. On n'en pouvait rien tirer de net, ni de certain. A l'examen direct, dès que je l'eus fait étendre, je fus tout d'abord suffoqué par une odeur abominable de sphacèle qui s'échappait des parties génitales, et je découvris une sorte de cordon attenant encore à l'utérus par le col entr'ouvert, et qui tombait en putréfaction. On eût dit véritablement un cordon placentaire. Je flairai la possibilité d'un cas médico-légal. Mais comme, d'autre

part, l'hypothèse de l'expulsion d'un corps fibreux se présenta à mon esprit, et qu'il existait de la fièvre et des symptômes apparents d'infection putride, j'arrêtai là mon exploration et conseillai à cette jeune fille d'entrer tout de suite à l'hôpital. Je pensai bien qu'à tête reposée on arriverait à démêler la vérité, qui pouvait appartenir à la science comme à la justice. J'ai su depuis que le chirurgien de la salle avait conclu à l'expulsion d'un fibrome, et que les symptômes de septicémie qui avaient paru depuis plus d'une semaine déjà étaient allés, quoi qu'on fît, en augmentant, et que la malade était morte peu de jours après son entrée dans le service.

Mon second cas est venu me trouver dans mon cabinet. Il s'est montré chez une femme d'environ quarante ans qui pensait avoir une descente de matrice. Je découvris chez elle une petite tumeur d'apparence muqueuse, mamelonnée, saignante, qui était reliée à l'utérus par un long cordon blanchâtre, dont on ne pouvait avec le doigt trouver le point d'insertion, et qui s'offrait à la vue dès qu'on écartait les grandes lèvres. La présence de cette tumeur, outre son incommodité propre, avait retenti sur les grands appareils de l'économie. La malade était jaune, maigre, nerveuse ; elle ne mangeait pas, dormait mal et pouvait difficilement, à cause des douleurs de son ventre, vaquer aux soins de l'existence. Je l'en débarrassai à l'aide d'une simple section par une anse de fil métallique portée aussi haut que possible. L'opération fut des plus élémentaires et pourtant les suites furent mauvaises. La portion du pédicule restée au dedans se sphacéla sans doute, car il se montra des symptômes de septicémie, traduits par de la fièvre, des symptômes généraux et l'écoulement d'un liquide sanieux et infect. La malade guérit pourtant au bout de trois semaines seulement, après m'avoir inspiré les plus vives inquiétudes et avoir couru un véritable danger.

Le troisième fait que j'ai à vous rapporter est plus saisissant encore. Il y a quelques mois, je fus appelé près d'une jeune femme de vingt-cinq ans qui me raconta que depuis plus de deux ans elle avait subi différents traitements pour une maladie utérine, une métrite, lui avait-on dit, qui ne s'était point améliorée, loin de là ; et que, découragée, elle avait cessé depuis six mois tous soins. Ses règles, me dit-elle, très abondantes, s'accompagnaient de douleurs insupportables ; à peine cessaient-elles quelques jours entre les deux intervalles mensuels pour être remplacées alors par un écoulement de sérosité presque limpide. Elle n'avait jamais été grosse. Pourtant son ventre s'était développé au

point que tout le monde la croyait enceinte. Je ne voulus l'examiner que chez elle, dans son lit, car je crois qu'il est toujours imprudent de donner son avis dans son cabinet pour de pareils cas. Le palper abdominal me révéla tout d'abord un utérus développé jusqu'au-dessus de l'ombilic, globuleux, lisse et dur.

D'autre part, l'examen au doigt et l'examen au spéculum restaient négatifs. Il n'y avait aucuns signes de grossesse, aucune trace de métrite du col. On ne pouvait davantage songer à un kyste ovarien ou para-ovarien. Je m'arrêtai alors à l'idée d'une tumeur fibreuse, sans doute interstitielle et je crus pouvoir affirmer sans hésitation ce diagnostic, en faisant miroiter aux yeux de la malade les deux alternatives dont j'ai parlé plus haut et en insistant surtout sur ce que l'expulsion naturelle de la tumeur pourrait avoir de favorable pour elle. En même temps, je prescrivis des injections froides et l'emploi prolongé de l'ergotine. Ce médicament, mal supporté en injections hypodermiques, fut ensuite administré par l'estomac. La malade, désireuse d'arriver rapidement à la solution qu'elle désirait, en augmenta même la dose d'une façon très sensible, si bien qu'un jour, à la suite d'un voyage à Pau, elle m'envoya chercher en m'annonçant que son ventre avait baissé et qu'il lui semblait qu'elle allait *rendre* sa tumeur. Les douleurs étaient d'ailleurs comparables à celles de l'accouchement. Je touchai. Je trouvai un col dilaté comme une pièce de deux francs et je sentis nettement le corps étranger sous mon doigt. Je déclare qu'à ce moment un médecin étranger, appelé à l'improviste, aurait pensé à un travail de parturition ordinaire. Étant donné l'état tétanique de l'utérus et les douleurs, qui étaient très violentes, je fis cesser l'ergotine pour m'en tenir à l'expectation pure et simple, après avoir annoncé comment les choses se passeraient dans cette sorte d'accouchement fibreux. Le lendemain le travail avait marché avec lenteur ; la tumeur était à cheval sur le col. Mais la malade souffrait si horriblement que je fus obligé de lui donner du chloral ; la vulve était le siège d'une hyperesthésie telle, qu'on ne pouvait la toucher sans provoquer de très vives souffrances ; pas de pertes de sang, mais un écoulement déjà fétide. Le soir, la tumeur était dans le vagin, mais elle se prolongeait encore dans l'intérieur du col sans qu'on pût parvenir à la circonscrire. La face commençait à se gripper, le pouls était devenu rapide : les douleurs ne cessaient point. Je décidai d'intervenir chirurgicalement ; dès le lendemain matin, avec l'aide de mon ami le Dr Lande, dont vous connaissez la compétence en matière de gynécologie, nous nous mi-

mes en mesure de débarrasser la malade de son polype, attendu que la situation devenait alarmante. J'administrai le chloroforme, et M. Lande se chargea de la partie chirurgicale proprement dite. Un fil de fer fut passé, non sans difficulté, autour de la tumeur, aussi près du col que possible. Mais à la pression la tumeur fut sectionnée et nous recueillîmes une masse mi-dure, mi-charnue, du volume des deux poings, et qui pesait 500 grammes environ. Nous ne fûmes point rassurés. L'utérus était resté volumineux. Nous pensions bien qu'il y restait une grosse portion du fibrome. Mais, malgré l'anesthésie, il ne fut pas possible d'aller à sa recherche dans l'intérieur de la matrice. Dans la journée, il y eu des vomissements. Le pouls était petit et très fréquent, la température très élevée. Une odeur horrible venait de la vulve et du vagin. La malade était triste et abattue. Toute douleur avait cessé. Nous instituâmes un traitement aussi antiseptique que possible: lavages, injections, pulvérisations phéniquées. Plusieurs fois par jour nous fîmes établir dans la chambre le brouillard du spray que nous avions fait régner également pendant toute la durée de l'opération. Malgré cela, les symptômes de septicémie s'accentuaient de plus en plus. Je note en passant, pour y revenir, que la malade se plaignait d'une douleur aiguë siégeant au niveau de la région hépatique et correspondant à l'épaule droite, et qu'en même temps, elle présentait une teinte franchement ictérique, sans qu'il y eût des signes de pleurésie. Le lendemain, à l'aide du chloroforme, nous fîmes une nouvelle tentative pour enlever ce qui restait de la tumeur. Nous ne pûmes en extraire que des lambeaux, du putrilage en quelque sorte. L'état général demeurait très mauvais. La température atteignait 40 et plusieurs dixièmes. Enfin, le soir, une péritonite foudroyante terminait la scène, qui n'avait pas duré quatre jours.

La tumeur que j'ai montrée présentait un aspect un peu singulier qui faisait songer à la môle charnue plutôt qu'à un fibrome véritable. Il y avait là une masse molle, rougeâtre, membraneuse, qui rappelait le myome et semblait entourée de caillots fibrineux plus ou moins organisés. A la base se voyait une petite masse plus dure, formée d'une coque fibreuse, molle et noirâtre à l'intérieur, avec des traces manifestes de sphacèle partout. L'examen microscopique, pratiqué un peu trop tard, n'a pu y décéler que des caractères assez incertains. Il a suffi pourtant à faire rejeter l'opinion d'une môle charnue, dont on n'a pu retrouver l'organisation vésiculeuse et en grappe, pour confirmer au contraire celle d'une tumeur fibreuse logée au milieu d'une masse fi-

brineuse. Est-ce à cette organisation spéciale qu'a été due la gravité extrême des accidents ?

A la même époque où j'observais ce cas, notre collègue M. Boursier fils en avait un à peu près semblable dans le service de chirurgie qu'il occupait à l'hôpital Saint-André. M. Boursier voudra bien sans doute nous relater ce fait dont il m'a entretenu, et qui s'est également terminé par des accidents septicémiques et la mort.

Quelques jours après, la *Gazette des Hôpitaux* rapportait trois observations analogues recueillies dans le service de M. le professeur Verneuil. A cette occasion, M. Verneuil, cherchant à expliquer la mort survenant d'une façon si rapide dans ces cas de septicémie aiguë, trouva que dans ces trois autopsies le foie avait subi la dégénérescence graisseuse et attribue l'issue fatale à cette stéatose, qu'il compare à celle qui se produit dans l'empoisonnement par le phosphore et qui emporte si soudainement les malades. Je tiens à rappeler que ma dernière malade a paru présenter d'une façon manifeste des troubles du côté du foie. C'est un rapprochement à faire.

Voilà la petite statistique que j'ai recueillie en bien peu de temps sur les tumeurs fibreuses expulsées au dehors. C'est une série, dira-t-on, et qui ne suffit pas à faire oublier les cas semblables et qui se sont terminés heureusement. Soit : mais il était bon de les faire connaître et d'y insister.

Voyons maintenant la seconde espèce de tumeurs fibreuses : celles qui restent confinées dans l'utérus. Pour exposer moins la vie des malades elles n'en menacent pas moins leur repos et leur santé.

Parmi celles que j'ai rencontrées — l'espèce en est assez commune — j'en ai retenu trois surtout. L'une s'est trouvée chez une femme du Bureau de Bienfaisance, âgée d'environ quarante-quatre ans et qui a eu plusieurs enfants. Des hémorrhagies incessantes, une sensibilité extrême du bas-ventre, une anémie des plus prononcées, empêchent cette malade de subvenir aux besoins de son existence et lui font une vie insupportable. Ajoutez que sa situation sociale ne lui permet pas de recevoir tous les soins désirables, et vous conviendrez avec moi que son affection est aussi pénible que la plus cruelle des maladies.

L'autre est la veuve d'un cocher, aujourd'hui arrivée à l'époque de la ménopause et qui n'a jamais eu d'enfants. Chez elle, pas d'hémorrhagies ; mais un accident dû au fibrome qu'elle portait faillit un jour l'emporter. Étant en pleine période menstruelle, elle fit un effort pour soulever un poids très lourd et contusionna sans doute son utérus

qui était dur et volumineux, et sans doute aussi les parties voisines. Le soir elle fut prise de vomissements bilieux, de fièvre et d'une douleur intense dans le bas-ventre. La question de savoir s'il s'agissait là d'une hématocèle rétro-utérine ou d'une pelvi-péritonite fut agitée pendant quelques jours. Cette dernière opinion prévalut. Effectivement, au bout de quelques semaines, pendant lesquelles la malade resta littéralement entre la vie et la mort, il se forma autour de l'utérus un abcès assez étendu qui s'ouvrit un jour dans le vagin, à la suite du toucher. Il fallut plusieurs mois pour que la santé revînt complètement. Dans ce cas, les apparences trompèrent si bien le premier médecin qui avait été appelé et qui n'examina sans doute que superficiellement cette malade — absolument inconnue de lui — qu'il crut devoir annoncer que cette femme allait accoucher ; mais accoucher d'un enfant, non d'un fibrome ; ce qui mit un grand émoi dans la famille, et plus tard nuisit à la réputation de notre confrère.

Ma troisième malade est une femme du monde, celle-là. Après avoir présenté une tumeur du volume d'une tête de fœtus, elle a vu, à la ménopause, sa tumeur s'atrophier sensiblement jusqu'à se rapprocher des dimensions d'une toute petite orange. Mais ses misères n'ont pas disparu pour cela. Elle réalise le type de la plus parfaite hystérique, souffrant de tous ses nerfs et passant presque tous ses jours au lit, ce qui prouve en passant que l'hystérie peut bien provenir parfois ab *utero*. De temps en temps, cet utérus devient le siège d'une congestion douloureuse, contre laquelle une petite application de sangsues est ce qui me réussit le mieux et ce qui ramène le plus vite le fibrome à ses dimensions normales. Contre l'état nerveux, qui est vraiment des plus pénibles, je n'ai d'autre ressource que les injections de morphine, au nombre de deux ou trois par jour, et dont la malade, suivant la coutume, ne peut plus se passer maintenant.

Ainsi, Messieurs, voilà bien le bilan des tumeurs fibreuses de l'utérus, de ces tumeurs si bien réputées. Certes, si on les compare aux carcinomes, elles sont de gravité réduite. Mais si on les envisage en elles-mêmes, on est forcé de convenir qu'elles offrent, qu'elles peuvent offrir de très sombres perspectives. Celles qui restent dans l'utérus, nous l'avons vu, s'accompagnent d'accidents sérieux, de désagréments, de souffrances, d'infirmités qui se prolongent souvent bien au-delà de la ménopause. Je ne fais que signaler la complication grave qu'amène la grossesse chez les femmes qui en sont atteintes, et me contente de renvoyer à la thèse de M. le Dr Lefour sur cet important sujet.

Quant à celles qui sont expulsées au dehors, il n'y a pas à douter qu'elles exposent la vie des malades par suite de la septicémie qui les complique quelquefois. M. Courty, dans son livre, parle avec une grande liberté d'esprit de ces tumeurs. L'opération qui aide à les enlever est, pour lui, d'une très grande simplicité. Les suites en sont des plus simples et des plus heureuses. On peut les entreprendre avec la plus grande sécurité. Or, les praticiens auraient tort de s'en rapporter trop à la lettre à une telle manière de voir. Je pense qu'en cette matière il faut distinguer les cas les uns des autres. C'est une question de siège, d'implantation, de pédiculisation de la tumeur, et peut-être aussi de constitution anatomique, qui fait que telles espèces de tumeurs se sphacèlent plus et plus vite que telles autres. Si l'on arrivait à une précision de diagnostic suffisante pour reconnaître le point exact où est située la tumeur, pour en apprécier la base et l'étendue, pour déterminer l'impossibilité d'une énucléation complète par la voie naturelle, je ne serais pas éloigné de professer, en présence des grands succès de la chirurgie listérienne, que l'indication d'une intervention par la voie abdominale pourrait se poser nettement et ferait peut-être courir moins de dangers à la malade. C'est une question que les études de l'avenir ne manqueront pas d'élucider.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*).

GLYCOSURIE DANS LES ABCÈS DU SEIN CHEZ LES NOURRICES.

Certains auteurs ont admis que la glycosurie existait chez presque toutes les femmes dans l'état de gestation ou dans l'état puerpéral. Mais l'inexactitude de cette opinion a été démontrée, et il reste vrai seulement que la glycosurie peut paraître chez les femmes en couche toutes les fois que la lactation est supprimée brusquement. M. le professeur Verneuil a signalé le fait en particulier chez les nourrices dans le cas d'abcès du sein, et M. le docteur E. Vacher vient de réunir, dans une thèse intéressante, les divers documents sur cette question. Les observations recueilles par M. Vacher montrent en effet que lorsque survient un abcès, la nourrice cessant plus ou moins complètement de donner à téter, le lait continuant néanmoins à affluer dans la mamelle, il se produit une résorption de sucre de lait qui passe alors pres que immédiatement dans l'urine. Ce n'est pas, en effet, de la glycose proprement dite que l'on trouve alors dans l'urine, mais bien de la lactose. Ce qui prouve encore que cette lactosurie a bien pour origine

la résorption qui se fait au niveau de la glande mammaire, c'est que si, à l'exemple de M. de Sinéty, on vient à enlever ces glandes chez des animaux ayant mis bas, la lactosurie qui s'obtenait facilement d'abord devient impossible à obtenir chez eux. La quantité de sucre ainsi éliminé par l'urine n'est d'ailleurs pas très considérable : elle a varié de 2 à 4 grammes dans les obvervations recueillies par M. Vacher.

Il ne semble pas que la glycosurie dans ce cas présente un pronostic bien sérieux, car ce symptôme disparaît habituellement en même temps que la cause qui lui a donné lieu primitivement ; néanmoins, il y a lieu d'être réservé dans les opérations qui peuvent être pratiquées à ce moment sur ces malades. M. Verneuil, en effet, a soulevé cette question : à savoir si cette glycosurie n'expliquerait pas l'apparition de la suppuration, des inflammations diffuses, ou du sphacèle, chez les nouvelles accouchées ou chez les femmes qui allaitent; quant à lui, ayant perdu, il y a plus de vingt-cinq ans, une malade, dont les mamelles, au moment de l'opération, sécrétaient encore du lait en abondance, il a toujours refusé depuis d'opérer dans la période d'allaitement. Il en résulte que cette glycosurie accidentelle constituerait une contre-indication aux opérations chez les nourrices.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

LA CHIRURGIE A LA WAGNER.

De même que la plupart des musiciens ne comprennent pas la musique du compositeur de Bayreuth, de même je crois que la manière dont les chirurgiens allemands comprennent certaines parties de leur art n'obtiendra pas l'approbation de beaucoup de leurs confrères étrangers. Voici, par exemple, une opération de laparo-hystérotomie pratiquée pour remédier à un prolapsus utérin, qui me paraît dénoter chez son auteur un manque complet de bons sens chirurgical.

La malade, âgée de 27 ans, vierge, avait enduré des privations qui avaient entravé son développement physique ; sa menstruation, établie à 21 ans seulement, avait toujours été irrégulière et le flux menstruel peu abondant ; à cause de ces troubles, elle s'était soumise au traitement d'un empirique, et, peu de temps après, elle avait remarqué la chute de ses parois vaginales. Lorsqu'elle vint consulter le docteur Kühn, à l'âge de 24 ans, elle était anémique et très émaciée ; le prolapsus avait le volume du poing ; le vagin, complètement retourné en

doigt de gant, était accompagné par l'utérus qu'il renfermait dans sa cavité ; l'hymen formait un anneau resserrant son pédicule ; la vessie et le rectum avaient conservé leur situation normale. Des pessaires de diverses formes furent appliqués sans aucun résultat. Le cloisonnement du vagin procura un soulagement momentané ; mais, au bout d'un mois, l'orifice artificiel s'était graduellement dilaté et la malade revenait à l'hôpital.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques désirables, Kühn ouvrit la cavité abdominale, pratiqua l'ablation des deux ovaires et du fond de l'utérus ; il restait alors une surface cruentée entourée du péritoine ; cette partie de l'utérus fut suturée avec les lèvres de la plaie des parois abdominales, et le péritoine qui l'entourait réuni au péritoine pariétal. La guérison fut complète au bout de sept semaines seulement, à cause de la suppuration de la plaie, et l'utérus conserva sa nouvelle position ; enfin, ce qui montre le rôle accessoire que joue l'utérus dans la production du prolapsus, malgré sa fixation à la paroi abdominale, il se produisit une nouvelle chute du vagin qui guérit après la création de nouvelles cloisons vaginales. Le résultat définitif fut satisfaisant.

Kühn se demande si l'ablation des ovaires était pleinement justifiée ; l'utérus devant rester fixé à la paroi abdominale après l'opération ; il l'a pratiquée pour éviter les dangers qu'aurait fait courir une grossesse. (*Lyon médical*, 14 janvier 1883, p. 62).

La réponse est facile. L'ablation des ovaires n'était pas plus justifiée que celle de l'utérus ni que l'ouverture du ventre, puisque le tout n'a pu empêcher la reproduction du prolapsus.

(*L'Union médicale.*)

DE LA FOLIE EN RAPPORT AVEC LES AFFECTIONS UTÉRINES.

La folie chez les femmes se montre, comme on sait, assez souvent à l'occasion des fonctions de l'utérus et de la menstruation ; elle peut revêtir alors différentes formes. La suppression des règles, soit par l'action du froid, soit par l'effet de la frayeur ou d'une vive émotion, peut faire éclater l'aliénation mentale sous forme de manie. Quelquefois aussi on observe la mélancolie, l'obtusion des facultés et la demi-stupeur. Le retour des règles peut souvent alors amener la guérison.

Mais la folie menstruelle est souvent le type même de la folie périodique.

Il existe à l'état physiologique au moment de la période menstruelle des troubles moraux dont la fréquence est tellement grande qu'ils attirent à peine l'attention. La plupart des femmes sont irritables et difficiles à vivre aux approches de l'époque menstruelle ; elles subissent plus facilement l'influence des moindres émotions ; elles sont plus vulnérables qu'à l'état normal ; plusieurs d'entre elles éprouvent un malaise profond, des congestions ou de la céphalalgie. Franchissant enfin les limites extrêmes de l'état physiologique, certaines femmes deviennent absolument aliénées à l'époque des règles pour reprendre leur raison immédiatement après. Le trouble peut se produire aussi immédiatement avant la période menstruelle ou la suivre. Le fait a une grande importance au point de vue médico-légal. M. Ball en rapporte un exemple très remarquable d'après Hitzig, dans ses cliniques. Une mère avait tué son enfant en le jetant à l'eau ; elle fut arrêtée et mise en jugement sous l'inculpation de meurtre. Pour se défendre, elle prétendit qu'à l'époque de ses règles elle éprouvait toujours un malaise extrême de corps et d'esprit, et que c'était sous l'influence de cet état pathologique qu'elle avait commis son crime. Comme elle paraissait absolument saine d'esprit, elle fut renvoyée en prison pour y être soumise à une observation rigoureuse. On put alors constater qu'à chaque époque menstruelle elle subissait en effet une crise d'aliénation mentale. En conséquence elle obtint un verdict d'acquittement.

La forme la plus commune du délire en pareil cas est la manie aiguë ; mais on observe la mélancolie accompagnée d'hallucinations. Malgré sa gravité incontestable, cette folie périodique peut guérir. La grossesse exerce quelquefois une influence. M. Ball a cité cependant le cas d'une jeune femme qui eut sept enfants et qui, à chaque grossesse, eut des accès de manie ; mais à la septième, elle tomba complètement dans la démence. P.-L.-C.

(*Journal de médecine et de Chirurgie pratiques.*)

DU PEU DE DANGER QU'OFFRE L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME DANS LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE

Le Dr Fancourt Barnes se demande pourquoi l'usage du chloroforme offre si peu de danger dans la pratique obstétricale ? Il répond de la manière suivante : L'explication, je crois, se trouve dans la condition du cœur et du système vasculaire pendant la grossesse. Les changements qui s'y produisent alors sont bien connus. Le cœur s'hypertrophie, le système veineux augmente par la distension des veines existantes et par le développement de nouvelles petites veines. La quantité totale du sang est augmentée. Quand le chloroforme produit une syncope fatale, c'est en arrêtant l'action du cœur.

Plus le cœur est débile, plus il cède aisément à l'action paralysante du chloroforme. C'est là un fait bien connu. Quand, cependant, le cœur est fort, plus fort que d'ordinaire, comme par exemple dans l'hypertrophie de la grossesse, il résiste plus facilement à l'action du chloroforme.

N'est-ce pas là la raison qui fait que le cœur hypertrophié de la femme enceinte est si peu affecté par le chloroforme ?

(*La Quinzaine médicale.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

CURE DES FISTULES RECTO-VULVAIRES ET RECTO-VAGINALES INFÉRIEURES PAR L'INCISION ET LA PÉRINÉORRAPHIE IMMÉDIATE.

Il est bien connu que la cure des fistules recto-vaginales et vulvaires, par l'avivement et la suture, est fort difficile à obtenir, même dans les cas pour lesquels l'exécution du manuel opératoire est simple et facile. Sur 13 cas de suture, M. Verneuil a eu 11 insuccès et dans les 2 cas heureux, l'avivement n'avait pas été fait au bistouri, mais par cautérisation. De plus, pour que cette réunion secondaire n'échoue pas, il faut que toute l'étendue de la fistule, y compris son orifice rectal, ait subi l'action de l'agent caustique.

M. Tillaux a employé une pince spéciale pour protéger, contre le passage des gaz et des liquides intestinaux, les surfaces fraîchement mises à nu et réunies par suture. M. Trélat a cherché à obtenir un af-

frontement large et bien soutenu des surfaces avivées à l'aide de sutures périnéales profondes. M. Richet est le premier qui ait eu recours à l'incision suivie de la périnéorraphie immédiate. Cette méthode, d'une exécution facile, donne des résultats certains.

Le trajet fistuleux est mis à nu dans toute son étendue, par la division de tous les tissus situés au devant d'elle, à l'aide du bistouri que l'on fait passer de son orifice vaginal à son orifice rectal. Le périnée est donc nécessairement fendu dans toute sa hauteur, de la fourchette à l'anus.

Avant de pratiquer la périnéorraphie réparatrice, il faut enlever au bistouri et par dissection toute la surface suppurante du trajet fistuleux. Il est capital d'enlever cette surface en totalité, car elle peut être recouverte au moins sur certains points d'une couche épithéliale qui empêcherait la réunion au point correspondant et ferait reproduire la fistule : c'est pourquoi il est bon d'introduire au préalable dans la fistule une sonde cannelée, dans la rainure de laquelle on aura fait fondre un peu de nitrate d'argent. Toute la surface de la fistule étant soigneusement touchée, elle prendra une coloration blanche qui pourra être rendue plus nette encore par l'action de l'eau salée, et sera facilement distinguée au milieu de la vaste plaie créée par l'incision du périnée.

La périnéorraphie est faite par le procédé favori de l'opérateur, de préférence par celui de Gaillard Thomas et de Hue (de Rouen). Mieux que tout autre, il permet d'éviter la production de la fistule recto-vaginale qui est si souvent observée à la suite de toute périnéorraphie. Les fils traversent à la fois les deux lèvres de la surface d'avivement et la cloison recto-vaginale elle-même. Ils comprennent toutes ces parties dans une même anse qui les rapprochera forcément et efficacement les unes des autres. La suture achevée, les tissus divisés sont étreints, froncés à la façon d'une bourse dont l'ouverture est serrée par le fil qui l'entoure, de sorte qu'il ne reste entre le corps périnéal et la cloison aucun espace appréciable.

La minceur presque constante des lèvres de la fistule était un obstacle à sa guérison par les moyens ordinaires, en rendant impossible l'affrontement des deux surfaces épaisses et suffisamment étoffées. Les fils coupaient avant que la réunion soit obtenue, et c'est pour y obvier en assurant un accolement exact, que M. Trélat a eu recours à des sutures périnéales profondes. Par la méthode de l'incision, ce large affrontement est nécessairement obtenu ; l'épaisseur des tissus com-

pris dans la suture est telle que leur section par le fil ne peut jamais être à craindre.

Le contact des matières et des gaz n'est pas plus à craindre qu'à la suite de la périnéorraphie, pour laquelle il ne constitue pas un obstacle sérieux, si on a soin d'obtenir le repos de l'intestin par l'administration des opiacés, ou au contraire d'éviter la débâcle finale et d'avoir des selles quotidiennes régulières par l'usage de purgatifs légers.

Cette opération n'est évidemment pas applicable aux fistules supérieures qui s'ouvrent dans le vagin à une certaine distance du triangle périnéal, car elle entraînerait une destruction de la cloison recto-vaginale sur une étendue notable.

On pourra y avoir recours pour les fistules recto-vaginales inférieures qui s'ouvrent à 2 ou 3 centimètres en arrière de la fourchette, à la limite supérieure du triangle périnéal, qu'elles se soient formées comme les précédentes après l'accouchement ou après une périnéorraphie, la partie périnéale de la suture ayant seule réussi.

Enfin, les fistules recto-vulvaires, qui succèdent habituellement à un abcès qui s'ouvre à la fois dans le rectum et dans le vagin, et dont le trajet traverse le périnée, peuvent quelquefois guérir par la cautérisation ou l'avivement, mais seront plus sûrement traitées par l'incision et la périnéorraphie immédiate.

Dans les cas où l'étendue de la lésion obligera à faire du côté du vagin une suture indépendante de celle du périnée, l'incision préalable des parties molles situées au devant de la fistule facilitera singulièrement ce temps de l'opération. (Ch. Monod, *Ann. des mal. génito-urinaires*, 1883. (*Journal de Médecine de Paris.*)

NOUVEAU MODE DE DÉBRIDEMENT DANS LA PÉRINÉORRAPHIE.

M. le professeur Kœberlé a fait, sur ce sujet, la communication suivante, qui est insérée dans le numéro de mars 1883 de la *Gazette Médicale de Strasbourg* :

Jusqu'à ce jour, le principal écueil, même dans les opérations bien faites, venait de la déchirure du périnée suturé par suite du passage des matières fécales. Les sutures faites, deux procédés se trouvaient en présence : ou bien on produisait la constipation chez l'opérée, et l'on empêchait par là les garde-robes ; ou bien on provoquait une diarrhée qui, en ramollissant les matières, supprimait toute pression.

Appuyé sur ces principes, M. Simon a fait des opérations de péri-

néorraphie remarquables, pratiquant l'autoplastie avec des lambeaux de la fesse transportés à l'intérieur, le tout sans succès, dès que la déchirure du périnée avait atteint certaines proportions, ou allait un peu loin. Dans ces conditions, ce qui s'imposait comme une nécessité absolue, c'était la suppression du passage des matières au niveau de la partie suturée.

M. Kœberlé imagina de créer aux matières, soit dures, soit liquides, une autre voie, assez éloignée des sutures qui sont souvent nombreuses et profondes, de façon à ne les influencer d'aucune sorte, et pour ce faire, il pratiqua une incision profonde partant de la partie postérieure de l'anus, intéressant le sphincter, une portion du rectum, la peau et tous les tissus et s'étendant jusqu'au niveau du coccyx.

L'opération de la périnéorraphie s'accomplit alors facilement comme à l'ordinaire, on la protège et l'abrite au mieux, et l'on maintient la plaie faite en arrière bien ouverte pour l'écoulement des matières, en laissant le périnée se souder et se guérir lentement. Quand les sutures du périnée sont bien prises et que la réunion de la plaie périnéale est assez solide, on laisse la plaie artificielle se guérir à son tour, ce qui s'obtient facilement soit d'une manière spontanée, soit au moyen d'une ou deux sutures.

M. Bœckel trouve le procédé très rationnel ; il craint seulement que de pareils débridements dans le sphincter ne produisent un relâchement complet et une incontinence des matières, surtout des liquides et des gaz, et d'autre part qu'ils empêchent la réunion complète du sphincter.

M. Kœberlé. Toutes les périnéorraphies présentent le même inconvénient ; mais par le procédé de l'incision postérieure on obtient beaucoup plus sûrement la réunion du périnée et du sphincter antérieurement. En outre, la réunion de l'incision postérieure, par la façon même dont elle est faite, s'obtient mieux qu'une déchirure naturelle, et si elle ne s'obtient pas spontanément, la restauration en est plus facile que l'antérieure.

L'opération a été faite ; elle a pleinement réussi ; mais avant de se prononcer d'une façon absolue sur les résultats et sur la valeur de ce nouveau procédé, il faudrait avoir sous les yeux une série d'observations ; l'expérience et l'expérimentation seules sont appelées à trancher la question. Nous leur abandonnons le soin de le faire avec le temps. (*Journal d'accouchement de Liège.*)

EMPLOI DE L'IPÉCA DANS LES ACCOUCHEMENTS LABORIEUX.

L'administration de l'ipéca pendant le travail de l'accouchement a deux indications. L'ipéca donné à la dose de 25 centigrammes à deux ou trois reprises et à 20 minutes d'intervalle est un des meilleurs moyens qu'on puisse employer contre la rigidité spasmodique du col utérin.

Ce médicament est encore une ressource précieuse dans les cas où l'on a affaire à des contractions excessivement douloureuses, mal coordonnées, dont l'effet utile n'est pas le moins du monde en rapport avec l'intensité de la souffrance accusée par la patiente. En pareille circonstance, l'ipéca donné comme dans le cas précédent, amène une sédation presque instantanée, et ces douleurs, tout en étant beaucoup moins pénibles qu'auparavant, n'en amènent pas moins beaucoup plus rapidement la dilatation de l'orifice utérin et l'expulsion du fœtus. (*Medical Record Therapeutic*, *Gazette et Médecin praticien.*)

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE.

Par le professeur FRIEDREICH.

Un mémoire posthume du professeur FRIEDREICH, dont nous avons annoncé la mort récente, renferme un certain nombre d'observations d'hystérie grave, où la cautérisation du clitoris, avec le crayon de nitrate d'argent, a procuré un amendement rapide des accidents nerveux, suivi d'une guérison durable. Dans un de ces cas, il s'agit d'une paraplégie hystérique datant de près de dix-huit mois, et qui avait résisté à l'emploi des remèdes variés ; déjà, après la première cautérisation, on constata une amélioration manifeste. Après quatre cautérisations, pratiquées dans l'espace de dix-huit jours, la paraplégie était complètement dissipée. Dans un autre cas, il existait une aphonie hystérique depuis deux ans ; le résultat des cautérisations fut tout aussi satisfaisant, et ainsi des autres cas.

Friedreich était loin de partager l'opinion trop exclusive de ceux qui admettent une relation étroite et constante entre les manifestations multiples de l'hystérie et les affections ou irritations du système génital chez la femme. Il croyait néanmoins que lorsque le système nerveux est déséquilibré, et qu'ainsi préexiste la disposition aux accidents hystériques, les excitations parties des organes génitaux peuvent faire éclore ces accidents. Il en serait surtout ainsi des excitations du clitoris, organe très riche en terminaisons nerveuses. Les faits de

clitoridectomie publiés autrefois par Braun (WIENER MED. WOCHENSCHRIFT, 1865 et 1866), et par Backer-Brown (Londres, 1866), confirment la notion de ce rapport étiologique, et les observations de Friedreich semblent démontrer que la simple cautérisation du clitoris peut suppléer, au point de vue des effets thérapeutiques à distance, à l'excision de cet organe.

E. RICKLIN.

(*Gazette médicale de Paris.*)

LES INDICATIONS DE LA MÉDICATION ALCALINE.

La médication par les alcalins n'a plus à faire ses preuves ; elle a conquis sa place dans la thérapeutique. Elle trouve, en effet, son indication dans toutes les circonstances où il s'agit de modifier le sang sans détruire tout à fait les éléments réparateurs, que la maladie soit aiguë ou bien qu'elle soit chronique. Ce sont, avec l'iode, le mercure et l'arsenic, les agents principaux de la médication dite altérante ; mais on peut dire qu'ils ont sur leurs pareils l'avantage de liquéfier, d'atténuer immédiatement le sang sans excitation préalable, et ne jettent pas non plus l'organisme dans un affaissement aussi complet, parce qu'ils sont plus facilement assimilés et éliminés. Trousseau, qui a étudié en dernier ressort leur action physiologique, déclare que « les alcalins contribuent à maintenir le sang dans le degré de viscosité qui lui est nécessaire pour rester propre à l'endosmose, à l'exosmose et aux différentes opérations qui constituent la vie organique. » En un mot, ils coopèrent d'une façon active à tous les actes de nutrition et d'assimilation.

Mais ici, comme ailleurs, il faut prendre garde de tomber dans l'excès : l'écueil n'est pas facile à voir ni commode à éviter. Attendu que les alcalins n'amènent aucune spoliation apparente de l'économie, il semblerait que leur usage pût être prolongé sans inconvénient et sans aucun danger pour le malade. C'est là précisément qu'est l'erreur. Déjà les anciens avaient admirablement indiqué l'influence des alcalins sur la composition du sang et les accidents qui découlent de leur emploi intempestif

ou excessif. Le grand clinicien que je citais tout à l'heure et qu'il faut citer constamment dans toutes ces questions de médecine usuelle, a tout particulièrement insisté sur les modifications profondes apportées à l'économie par les alcalins et sur la prudence qui doit présider à leur administration. Il a fait voir qu'un remède puissant pour guérir devait être nécessairement puissant pour faire le mal.

On prescrit souvent les alcalins, sels de potasse et de soude avec une légèreté singulière et on les laisse continuer comme une tisane d'orge ou de bourrache. C'est pourquoi une cachexie véritable, caractérisée par de la pâleur, de la bouffissure générale, des hémorrhagies passives, un amaigrissement souvent irréparable, se montre souvent à la suite de l'abus de ces médicaments. Et si les sels alcalins de soude ou de potasse, si le nitrate de potasse en nature, absorbés en excès, peuvent être nuisibles aux malades, combien les eaux minérales alcalines, dont l'usage est aujourd'hui si répandu, ne les exposent-elles pas davantage à la cachexie que nous venons d'esquisser ! L'habitude n'a-t-elle pas fait considérer ces eaux comme absolument inoffensives ? Les malades ne se les prescrivent-ils pas eux-mêmes et sans aucune mesure ? Ne s'absorbent-elles pas enfin souvent par plaisir et comme de simples eaux de table !

L'occasion nous paraît bonne de jeter un coup d'œil sur ce point particulier de pratique. L'étude des eaux minérales est en général beaucoup trop négligée. Elle est pourtant, elle aussi, d'importance majeure.

Les hydrologistes s'accordent avec Durand-Fardel à diviser les eaux alcalines en deux grandes classes : les bicarbonatées sodiques et les bicarbonatées calcaires. Dans la première classe (Vichy, Vals, etc.). Dans la deuxième (Alet, Condillac, Pougues, etc.).

On serait tenté de supposer à priori qu'une eau, n'ayant pas les mêmes inconvénients que Vichy, ne doit pas avoir, au même degré, les mêmes vertus ; or, l'expérience clinique démontre que non seulement on guérit à Pougues comme à Vichy les mêmes affections diathésiques, mais que Pougues triomphe plus aisément d'un groupe spécial d'affections, telles que les dyspepsies et les gastralgies (Durand-Fardel) et rend surtout de grands services dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, ain-

si que l'a très bien démontré l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Gallard.

Ce sont là des applications assez précises pour qu'il ne soit pas nécessaire d'exagérer les propriétés de cette eau comme l'avait fait Mialhe, qui allait jusqu'à préconiser son emploi contre la scrofule, parce qu'elle contient des traces d'iode.

La sphère des indications thérapeutiques de Pougues est, du reste, assez étendue pour qu'il soit inutile d'aller au delà. Ainsi la gravelle, que nombre de praticiens considèrent comme spécialement tributaire de Contrexéville, résiste beaucoup moins à l'action des eaux de Pougues, qui produisent en effet dans ce cas une modification de longue durée.

Sans être aussi affirmatif que Rotureau, qui prétend que cette modification est permanente, Gubler, Durand-Fardel reconnaissent avec lui que l'action est énergique. On boit à Pougues 5 à 6 verres au plus en deux fois, tandis qu'à Contrexéville on n'arrive à expulser les graviers qu'en ingérant une grande quantité d'eau, qui est éliminée sans modifier autrement la muqueuse de l'appareil urinaire que par un simple *lavage*.

C'est surtout dans l'immortel ouvrage de Trousseau que les indications de Pougues ont été nettement formulées, (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*)

Partout les eaux de Vichy et de Pougues y sont placées au même rang dans le traitement soit du diabète (t. II, p. 697), soit des vertiges stomacaux (t. III, p. 17), soit de la cachexie palustre (t. III, p. 57), soit des coliques hépatiques (t. III, p. 237). La même opinion a été récemment exprimée par le professeur Hardy.

Dans le traitement de la gravelle, de la dyspepsie, Pougues y est recommandé tout spécialement (t. III, pages 48 et 58).

Enfin, comme eau ferrugineuse, il y est dit, à la page 504, que l'eau de Pougues, avec ses quelques centigrammes de sels ferrugineux, guérit quelquefois plus vite une chlorose que la limaille de fer, l'éthiops martial, etc.

Trousseau, de son temps, se plaignait de voir dans les pharmacies un luxe de préparations ferrugineuses qui n'était pas étranger aux spéculations commerciales ; que dirait-il aujourd'hui, que les spécialités pharmaceutiques de tout genre se sont multipliées à l'infini ?

Et pour revenir à notre sujet, il nous semble que, pour atténuer les effets qu'amène fréquemment l'abus des eaux minérales alcalines, il y a lieu de préférer Pougues à Vichy dans toutes les maladies où ces deux eaux sont simultanément indiquées ?

Pougues paraît, en effet, combattre plus de symptômes, s'adresser à plus d'affections morbides, et offrir beaucoup moins de contre-indications.

Ainsi, dans les maladies des femmes, Desnos, médecin de l'hôpital de la Pitié, a signalé dans ces termes leurs effets thérapeutiques :

« Les troubles de la digestion sont un accompagnement fré-
« quent des maladies de matrice dans lesquelles leur prédomi-
« nance symptomatique commande l'usage des eaux qui sont
« en possession du traitement de la dyspepsie, d'autant mieux
« que ces eaux, lorsqu'elles sont convenablement choisies, sont
« par elles-mêmes propres à effectuer la résolution de l'inflam-
« mation utérine.— C'est ainsi que, dans la classe des bicarbo-
« natées alcalines, *on conseillera les eaux de Pougues.* »

Les indications générales de la médication alcaline peuvent, du reste, être nettement formulées dans les conclusions suivantes :

1° Chez les femmes toutes prédisposées à l'anémie ou frappées par elle, comme chez tous les individus cachectiques, si la médication est reconnue nécessaire, l'eau de Pougues sera préférée ;

2° Chez tous les malades, quels qu'ils soient, quand la médication par les alcalins doit être poursuivie longtemps, c'est à l'eau de Pougues qu'on s'adressera avec le plus de sécurité.

FORMULAIRE

—

Du traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée par l'IODE, *intus et extra, surtout chez les lymphatiques.* — (J. CHÉRON.)

Il est bien rare que l'aménorrhée et la dysménorrhée ne soient pas compliquées d'une névralgie lombo-abdominale qui entre-

tient l'état douloureux de l'appareil utéro-ovarien, dans ces maladies.

La teinture d'iode appliquée largement, tous les deux ou trois jours, sur la région des reins, agit comme l'application de la chaleur, c'est-à-dire qu'elle stimule les centres d'innervation vasomotrice de la moelle lombaire et du sympathique et par cela même décongestionne l'appareil utéro-ovarien.

De cette décongestion résulte l'arrivée normale du flux menstruel rendu difficile, retardé ou supprimé par l'état congestif morbide de l'appareil utéro-ovarien.

La teinture d'iode seule suffit lorsque la névralgie lombo-abdominale n'est pas interne.

Dans le cas contraire, nous employons la teinture d'iode morphinée d'après la formule suivante :

Teinture d'iode.....	30 gr.
Sulfate de morphine	1 gr.

A l'intérieur, l'iode est de tous les emménagogues celui dont l'action est la plus sure, plus particulièrement chez les personnes grasses à peau très blanche, chez lesquelles la prédominance du système lymphatique est manifeste.

Quelle que soit la cause qui ait amené la suppression, la difficulté ou le retard des règles, l'iode employé de la façon suivante, est un excellent moyen :

Teinture d'iode.....	1 gram. 50 centig.
id d'aconit.....	2 gram.
Sirop de tolu	400 gram.

Prendre une, deux et trois cuillerées à café, avant chaque repas.

Une cuillerée pendant 3 jours, 2 pendant 3 jours et enfin 3 cuillerées à café dont on continue l'usage pendant plusieurs mois.

Il va sans dire que l'emploi de l'iode ne saurait contre indiquer l'emploi des moyens locaux s'il existe la moindre lésion.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

Drainage de l'utérus, en dehors des couches, par le Dr Schwartz, assistant de la clinique gynécologique de Halle. — La chaire de gynécologie à la faculté de médecine de Paris. — Physiologie de la menstruation : M. Gallard. Communication au Congrès pour l'avancement des sciences (Rouen).

Le Dr Schwartz de Halle envisage à un point de vue absolument nouveau, le traitement des écoulements morbides fournis par la muqueuse utérine. « Les organes creux, dit-il, dont la muqueuse est atteinte d'affection catarrhale, doivent être assimilés aux foyers purulents où l'écoulement ne se fait pas ou d'une façon incomplète. La guérison du catarrhe est en raison directe de la rapidité et de la facilité de l'écoulement ; tel est le catarrhe du vagin, par exemple. Si, au contraire, la sortie des matières sécrétées est enrayée, la guérison ne s'opère que difficilement (vessie et matrice). »

Il considère qu'il suffit qu'une très petite quantité des produits de sécrétion soit retenue dans les cavités utérine et cervicale, par un boursoufflement de la muqueuse ou un état congestif d'origine nerveuse portant plus particulièrement sur l'orifice interne, pour provoquer une irritation de la muqueuse.

Le Dr Schwartz, après des essais infructueux d'abord, très

heureux ensuite, substitua à la dilatation qui semble le moyen le plus simple et le plus pratique à employer en pareil cas, le drainage de la cavité utérine à l'aide de fils de verre réunis en tresses.

Les métrorrhagies qu'il observa fréquemment à la suite de ces essais, lui firent étendre l'emploi de la méthode au traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée avec un véritable succès.

Au début, il met en place un drain de petite dimension dont il augmente progressivement le volume, après avoir tâté l'irritabilité utérine. Le tube est introduit à l'aide de la sonde, après avoir été saupoudré d'iodoforme.

Dans les cas d'endométrite ou de dysménorrhée mécanique, il laisse le drain durant des mois; dans les cas de règles peu abondantes, quelques jours d'application du drain, au moment de la période, pendant et après, suffisent habituellement à ramener l'écoulement menstruel normal.

Il y a là une vue nouvelle très séduisante, les résultats du Dr Schwartz sont très encourageants; cependant les accidents causés par la présence de tiges, de redresseurs dans la cavité utérine, rapportés par nombre d'auteurs et ceux dont nous avons été témoins, nous rendront timides à l'endroit de l'application de ce moyen nouveau qui pourrait bien n'être pratique que dans un hôpital, où on peut condamner les malades au repos et les surveiller de très près.

Quoi qu'il en soit, essayons d'abord avec prudence, nous jugerons ensuite.

La mort d'un accoucheur renommé, le professeur Depaul, laisse vacante la chaire de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Paris.

Il y a quelques années, la susdite faculté voulut bien, cédant aux observations réitérées de la presse médicale, et à l'exemple de la faculté de Lyon et de toutes les facultés étrangères, voire même celle de Yeddo, créer une chaire de gynécologie. La chose fut des plus simples. On bombarda le professeur de clinique d'accouchement professeur de gynécologie, *en plus*. Ce dernier réserva quelques lits pour les maladies des femmes, fit quelques rares et maigres leçons sur la question ; et ce fut tout !

On va donner, de nouveau, ces deux chaires à un accoucheur et la gynécologie sera reléguée à la suite.

La faculté ne peut se faire à l'idée de créer des chaires de spécialités.

Les professeurs gastrotomistes pour lesquels toute la gynécologie réside dans l'ablation des kystes de l'ovaire ou des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus, ne peuvent admettre qu'un homme, qu'ils auront élevé au professorat, détourne la science gynécologique de sa véritable voie, (à leur point de vue, la grosse chirurgie) et qu'en traitant la métrite, l'ovarite, l'hématocèle, etc., il attire à lui une grosse clientèle spéciale. Et si par malheur il était chirurgien lui-même ! Voyez-vous d'ici ?

Un accoucheur plein de son sujet ne versera jamais, d'une façon sérieuse, dans l'étude des maladies des femmes ; laissons-le se débattre sous le poids écrasant de ces deux chaires de clinique (obstétrique et gynécologie), et attendons patiemment le jour où, cédant enfin à l'opinion, la faculté de Paris, qui doit l'enseignement pratique à tant d'élèves, se décidera à demander la création d'une chaire de clinique spéciale séparée de la chaire d'accouchement.

On verra, alors, quelques élèves connaissant la manière d'examiner à l'aide du palper, du toucher, du spéculum, de la sonde utérine et quelques autres, plus rares, susceptibles de faire, par à peu près, un diagnostic.

Ah ! si Messieurs les professeurs étaient voués *exclusivement* à l'enseignement, par goût et par ordre, on verrait des élèves instruits, connaissant de chaque spécialité ce que demande la pratique. Le professeur ne débiterait pas, en toute hâte, avec plus ou moins de facilité d'élocution, une leçon plus ou moins brillante, plus ou moins instructive, avec plus ou moins de souci du profit que l'élève pourrait en tirer.

Ah ! si les professeurs devaient attendre des élèves qui pourraient choisir entre deux maîtres enseignant le même sujet, une partie des larges émoluments qu'il conviendrait de leur allouer, quels cours remarquables pourraient faire ces hommes qui, n'ayant plus le souci de la clientèle, ne penseraient qu'à s'at-

tacher leurs auditeurs par l'attraction de leur enseignement !

Quand les fonctions professorales ne pourront plus être utilisées dans le sens d'une grande clientèle, les beaux jours de l'enseignement médical seront venus. Le jeune médecin n'aura plus sujet d'apprendre la médecine sur le dos de ses clients des premières années, les chaires de spécialités seront nombreuses et bien remplies et la gynécologie, tout comme à la faculté de Yeddo, sera enseignée, avec sollicitude, par un gynécologue.

Une très intéressante communication, sur la physiologie de la menstruation, a été faite par M. Gallard au congrès de Rouen, il y a quelques semaines.

Le savant médecin de l'Hôtel-Dieu, défend la théorie de Négrier qui établit entre l'ovulation et la menstruation une corrélation tellement intime que l'une est considérée comme la conséquence de l'autre.

Aujourd'hui la théorie de Négrier est contestée. Quelques-uns prétendent qu'au lieu d'une corrélation absolument intime et nécessaire entre l'ovulation et la menstruation, il n'y a qu'une simple concomitance entre deux phénomènes distincts.

Les arguments sérieux qu'ils font valoir sont les suivants : 1° la menstruation reste possible chez les femmes privées d'ovaires par une opération; 2° le travail de l'ovulation peut se produire sans que la menstruation intervienne.

M. Gallard objecte que deux observations, l'une de M. Le Bec et l'autre d'un chirurgien étranger, démontrent que dans deux opérations d'ovariotomie où l'on croyait avoir enlevé les ovaires, des kystes de ces organes ont pu se reproduire.

C'est que l'ovaire malade, dit M. Gallard, s'étale sur le ligament large et quelque portion échappe fatalement à l'opérateur.

A cela, M. le professeur Duplouy, de Rochefort, objecte qu'il a fait, il n'y a pas longtemps, une ovariotomie double. « Les deux ovaires, dit-il, n'étaient pas adhérents aux parties voisines, les pédicules larges et grêles ont été liés avec beaucoup de soin et *de visu*, aussi me paraît-il difficile d'admettre, pour le cas particulier du moins, une ablation incomplète. Et pourtant les règles sont revenues. »

Pour la deuxième objection, M. Gallard fait observer que l'ovulation sans menstruation ne saurait infirmer la théorie de Négrier. C'est une absence de réaction générale qui empêche les règles de se montrer, comme chez les phthisiques par exemple. L'explication est des plus simples et des plus justes.

Il y aurait beaucoup à dire sur la question pour et contre.

Quant à nous, nous sommes convaincus, comme M. Gallard, que l'ovulation et la menstruation sont deux phénomènes corrélatifs, mais il n'est pas nécessaire qu'une portion d'ovaire échappe au couteau de l'ovariotomiste pour que les règles reviennent après l'ablation des ovaires.

L'habitude est une influence morbifique, dit M. Bouchut (*Pathologie générale*) qui peut, d'après Fr. Bérard, jouer le rôle d'élément morbide. Ainsi une maladie, dont la cause bien connue est détruite, se prolonge indéfiniment par cela seul qu'elle a duré très longtemps.

L'économie a une grande tendance à reproduire les actes dynamiques qu'elle s'est habituée à accomplir.

Tout le monde connaît l'histoire de M. Brachet (de Lyon), qui s'étant baigné huit jours de suite à minuit dans la Saône, pour se donner un accès de fièvre artificiel eut, le neuvième jour, sans bain nocturne, un même accès de fièvre avec sueur abondante. D'une autre part l'incitation peut être fournie par un autre organe que l'ovaire, l'habitude étant admise.

Nous avons observé un certain nombre de malades atteintes de tumeurs fibreuses, chez lesquelles l'écoulement périodique s'était prolongé jusqu'à un âge assez avancé pour laisser un doute sur l'existence de l'ovulation concomitante. Un traitement rationnel débarrassa la plupart de nos malades, sans retour. de l'écoulement périodique. En un mot, du jour où l'excitation partie du fibrome eut été calmée, l'appareil musculo-érecteur de l'appareil utéro-ovarien n'entra plus en jeu, les règles cessèrent, l'incitation ovarienne étant éteinte depuis longtemps.

DES AFFECTIONS NERVEUSES

ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt.

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*
Annotée par le Dr J. Chéron.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE II.

PHYSIOLOGIE DE L'AGE CRITIQUE.

(*Suite.*)

Le tableau ci-annexé confirme les assertions sans preuves de Brièrre de Boismont en France, des Docteurs Guy à Londres,

TABLEAU XIII

Influence de la menstruation précoce ou tardive sur la durée de la fonction menstruelle.

Années écoulées entre la 1re et la dernière menstruation.	Cas de première menstruation à l'âge de 10 à 12 ans.	Cas de première menstruation à l'âge de 17 à 19 ans.	Années écoulées entre la 1re et la dernière menstruation.	Cas de première menstruation à l'âge de 10 à 12 ans.	Cas de première menstruation à l'âge de 17 à 19 ans.
12		1	31	5	14
13		1	32	5	5
15		1	33	6	6
17		1	34	5	3
18	1		35	5	1
19		1	36	5	
20	2		37	3	
21	3		38	4	1
22	1	3	39	4	2
23	1	9	40	3	
24	1	2	41	1	
25		4	42	3	1
26		1	43	2	
27	1	9	44	1	
28	6	10	45	3	
29	3	4	47	1	
30	1	8			
	20	55		56	33
				20	55
			Total.....	76	88
Durée moyenne de la fonction menstruelle.			Années	34,29	28,78

Frank à Milan, et Dusourd dans le Sud de la France, assertions d'après lesquelles la durée de la menstruation est la plus longue chez les femmes qui ont été réglées de bonne heure, quoique la cessation soit quelquefois retardée chez celles qui l'ont été fort tard, comme cela a été démontré plus haut.

Ainsi, tandis que la durée moyenne de la fonction menstruelle est de trente-deux ans, cette moyenne s'élève à trente-quatre ans et trois mois chez les femmes réglées de bonne heure ; elle descend à vingt-huit ans et sept mois chez celles qui le sont tard ; remarquable différence de cinq ans et huit mois de vie reproductive entre les femmes menstruées très-jeunes et celles qui ne le sont que plus tard. Cette loi a sa juste application en Danemark, comme on le verra par le tableau suivant, extrait du travail du Docteur Hannarear :

TABLEAU XIV

Durée de la menstruation suivant l'âge auquel elle commence.

Dates de la première menstruation.	Blondes			Brunes			Totaux		
	Nombre de cas.	Dates de la cessation.	Durée de la menstruation.	Nombre de cas.	Dates de la cessation.	Durée de la menstruation.	Nombre de cas.	Dates de la cessation.	Durée de la menstruation.
12	3	49,67	37,67	2	45,00	33,00	5	47,80	35,80
13	12	45.08	32,08	6	47,50	34,50	18	45,89	32,89
14	23	44,74	30,74	27	45,19	31,19	50	44,98	30,98
15	20	45,30	30,30	14	45,93	30,93	34	45,56	30,56
16	15	44.80	28,80	23	45,35	29,35	38	45,13	29,13
17	17	42,65	25,65	19	43,32	26,32	36	43.00	26.00
18	29	45,28	27,28	20	44,50	26,50	49	44,96	26,96
19	14	44,57	25,57	19	44,95	25,95	33	44,79	25,79
20	12	42,58	22,58	16	47,44	27,44	28	45,36	25,36
21	3	42,00	21,00	7	45,00	24,00	10	44,10	23,10
22	2	45,00	23,00	2	42,00	20,00	4	43.50	21,50
23	3	44,33	21,33	2	42,00	20,00	3	44,33	21,33
24	1	35,00	11,00	3	41,00	17,00	4	39,50	15,50
Total...	154	44,51	27,81	158	45,12	23,13	312	44,82	27,97

La fécondité est-elle possible pendant l'âge critique ? Après quarante-six ans les chances de fécondité diminuent tout-à-coup, et deviennent de plus en plus faibles chaque année ; mais elles

subsistent tant que reparaît le flux menstruel, même irrégulièrement. Je connais deux circonstances où la grossesse survint pendant l'âge critique. Dans l'une, il s'agit d'une femme non mariée, âgée de quarante-sept ans, chez laquelle la menstruation était devenue très irrégulière depuis deux ans, en même temps que s'était manifestée cette dépression dans la santé générale qui caractérise souvent la cessation. Persuadée que l'imprégnation était impossible pendant cette période, elle crut pouvoir permettre certaines libertés dont les conséquences furent une grossesse et la naissance d'un enfant. Ce cas est le plus remarquable que l'on connaisse comme concours de circonstances ; en effet, l'acte auquel succéda la grossesse fut accompli dix-sept jours après un écoulement qui avait duré dix jours, fait difficile à concilier avec la théorie de l'ovulation.

La fécondité est-elle possible après la cessation du flux menstruel ? On peut répondre à cette question par l'affirmative, parce que l'ovulation n'est pas équivalente à la menstruation. Les ovaires peuvent occasionner plusieurs des symptômes de la menstruation et laisser échapper des ovules sans que la matrice perde du sang. Les femmes conçoivent quelquefois pendant la lactation sans que les règles aient reparu ; et, de même que, dans des cas assez rares, la conception a eu lieu avant la première menstruation, de même je pense qu'elle est aussi possible après la cessation, dans des cas extrêmement rares. M. Pearson, de Staleybridge, a publié une observation relative à une femme, accouchée à quarante-sept ans de son dernier enfant, dix-huit mois après la cessation du flux menstruel. En réponse à mes questions, M. Pearson m'informa qu'entre ses deux derniers accouchements, il s'était écoulé trois ans et quatre mois et que, après avoir nourri son enfant, elle avait été réglée pendant plusieurs mois avant la cessation, effet dont la cause était restée inconnue. Cette femme nourrit son dernier enfant et ne fut plus réglée. Quarante-sept ans ne constituent pas un âge extraordinaire pour la parturition ; mais le fait de la conception, lorsque la menstruation ne s'est pas montrée depuis neuf mois, est extrêmement singulier. Comme exemple des bizarreries qui caractérisent les fonc

tions génératrices, je citerai ce qui est arrivé à une dame mariée à l'âge de dix-huit ans ; son mari et elle jouissaient habituellement d'une bonne santé, malgré cela elle ne devint pas enceinte avant quarante-huit ans, à cet âge elle eut un enfant. J'aurais cru, comme beaucoup d'autres médecins, qu'alors elle avait du perdre tout espoir de devenir mère. Ce cas est analogue à celui qu'a rapporté Schmidt, d'une femme mariée à dix-neuf ans, et qui n'eut un enfant qu'à cinquante ans. (1)

Après avoir constaté la date de la cessation, je vais énumérer les différentes manières suivant lesquelles peut se terminer l'écoulement menstruel.

TABLEAU XV.

Terminaison du flux menstruel chez 637 femmes.

MODES DE TERMINAISON	NOMBRE de cas
Diminution graduelle du flux menstruel	171
Arrêt subit du flux menstruel ordinaire	94
Arrêt subit et écoulement terminal	43
Ecoulement terminal	82
Succession d'écoulements	56
Flux menstruel alternativement médiocre et considérable	36
Intervalles irréguliers plus longs que 21 jours	99
Intervalles irréguliers plus courts que 21 jours	33
Intervalles irréguliers alternativement plus longs ou plus courts que 21 jours	23
Total	637

(1) Nous connaissons un certain nombre de cas qui ont les rapports les plus étroits avec ceux-ci. Une femme mariée à 36 ans eut son premier enfant à 42 ; une autre mariée à dix-huit ans devint grosse à 29. Nous avons souvent vu des femmes ne devenir mères que dix, douze ou quinze ans après le mariage, alors que des soins avaient été donnés pour un état pseudo-inflammatoire de l'utérus. En pareil cas, il existe un soulèvement partiel de la muqueuse cervicale qui fait obstacle mécanique pendant des années et ce n'est que lorsque la muqueuse soulevée dans toute son étendue a été propulsée au dehors et étalée sur les lèvres du col sous la forme morbide, désignée sous la dénomination d'ulcération, que le canal devenu perméable permet la fécondation (J.C.) *Voir Revue méd. chirurg. des maladies des femmes* (1879), *ulcérations du col. Pathogénie.*

Quand le flux menstruel se montrait par intervalles irrégulièrement longs, on disait qu'il était venu tous les deux, trois, quatre, cinq ou six mois, et quelquefois à plus longs intervalles, seize mois étant le terme extrême. Lorsqu'il apparaissait à des périodes irrégulièrement rapprochées, on disait qu'il s'était manifesté tous les huit ou quinze jours environ.

La durée de l'écoulement était moindre chaque mois chez les cent soixante-onze femmes qui ont éprouvé une diminution graduelle du flux menstruel. Quand ce mode de terminaison était erratique, la durée de chaque période était aussi irrégulière. L'écoulement continuait plus ou moins longtemps ; mais j'ai observé généralement que, pendant la première partie du temps d'incertitude, la période menstruelle pouvait se prolonger jusqu'à huit, dix et quinze jours. Comme ce peut être le résultat de quelque maladie de la matrice, un examen est nécessaire. Pendant la dernière partie du temps d'incertitude, l'écoulement se restreignait toujours de plus en plus jusqu'à ce qu'il ne durât plus qu'un jour ou ne fît qu'une simple apparition. Il était, tantôt plus noir que d'habitude, plus coagulé ou séro-sanguinolent, tantôt semblable à de la cendre délayée dans de l'eau, ou à de l'eau sale, verdâtre, comme les dernières lochies.

Beaucoup de physiologistes prétendent non seulement que la menstruation est toujours l'effet d'une activité des ovaires, mais aussi que chaque écoulement menstruel est causé par la chute d'un ovule détaché de son ovaire, et, sous peine de se contredire, ils doivent expliquer de la même manière toutes les variétés de sa terminaison. D'après eux, un ovule sortant de l'ovaire, que ce soit toutes les semaines ou tous les six mois, est la cause des écoulements séro-sanguinolents de la cessation. Je ne suis pas obligé d'adopter cette explication, bien que je reconnaisse la coïncidence fréquente de l'ovulation et de la menstruation ; et j'ai toujours affirmé que le flux menstruel peut se produire sans l'ovulation, comme l'ovulation sans la menstruation. Plus j'observe, plus je suis frappé de faits qui ne peuvent concorder avec la théorie de l'ovulation. J'ai des malades chez lesquelles toute émotion nerveuse ou surexcitation provoquera l'apparition du flux menstruel

avec tous ses symptômes, même lorsqu'elles viennent à peine de se rétablir de cette indisposition. Comment pourrait-on supposer que la fatigue d'un dîner, l'émotion d'une nouvelle agréable, une altercation avec un domestique, soient des causes suffisantes pour qu'un ovule se détache et que l'épaisse enveloppe des ovaires soit tout-à-coup perforée? Les lois de l'ovulation sont encore imparfaitement connues, mais je crois qu'elles fonctionnent avec autant de régularité, de précision et de continuité que celles de la nutrition ; tandis que la fonction menstruelle, de son côté, accélère ses périodes, en se manifestant le quatorzième ou le vingt-et-unième jour après la dernière époque, quel qu'en soit le caractère, bon ou mauvais. L'accélération subite de l'acte périodique est l'attribut spécial du système nerveux; elle démontre que le flux menstruel obéit à l'influence nerveuse, et explique comment une émotion violente peut provoquer son retour ou en modifier la périodicité. Cette émotion inopinée causant une exsudation de la surface de l'utérus n'est qu'une répétition des effets bien connus produits sur d'autres parties du corps. (1)

Obésité.— L'effet évident de l'âge critique est de modifier l'organisme de la femme de façon à rendre l'état de santé compatible avec la suppression d'une perte périodique. Cette force qui préside

(1) Le nombre des physiologistes et des gynécologues qui contestent aujourd'hui la dissociation possible de l'ovulation et de la menstruation est assurément très limité. Mais ce que quelques-uns contestent, c'est le retour périodique régulier de la menstruation après l'ablation des ovaires. Or, Storer, Terrier, Duplouy ont rapporté des faits qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'ablation *complète* des deux ovaires et le retour périodique de la menstruation. Il est bon de rappeler à ce sujet l'influence de l'habitude : en effet, l'économie a une grande tendance à reproduire les actes dynamiques qu'elle s'est habituée à accomplir. Dans sa thèse d'agrégation soutenue en 1847 (Des hémorrhagies sous le rapport pathogénique) M. Guéneau de Mussy s'exprimait ainsi : « Par cela qu'un organe a été le siège d'une hypérémie hémorrhagique, ce phénomène tend à s'y reproduire dans le cas même où aucune modification organique n'est apparente, qui puisse constituer un lien pathogénique entre ces fluxions successives et périodiques. » Si le flux menstruel périodique peut exister en dehors de toute ovulation, à plus forte raison ne peut-on considérer comme liés à celle-ci les écoulements rares de la ménopause. (J. C.)

à la nutrition se manifeste chez beaucoup de femmes avec une intensité inaccoutumée susceptible d'absorber le sang en excès pour fortifier tous les tissus de l'économie, ce qui a pour effet d'améliorer en même temps leur apparence physique ; chez d'autres, la force nutritive semble avoir tenu la graisse en réserve, et, lorsque la ménopause se produit, cette graisse s'accumule dans les tissus, comme on le voit chez les animaux auxquels on a retranché les ovaires dans leur jeunesse. J'ai vu ce fait coïncider avec une grande amélioration de la santé, mais le Dr G. Bedford va trop loin lorsqu'il affirme que « celles dont l'abdomen prenait de l'embonpoint n'étaient plus troublées par des symptômes nerveux ».

Si la force vitale est insuffisante pour employer utilement le sang en excès, si elle ne peut maintenir l'équilibre effectif des nerfs vaso-moteurs, il survient une foule de symptômes nerveux, l'éliquilibre de la circulation est troublé et il en résulte des fluctuations erratiques, des troubles fonctionnels du sang, et des congestions ou des pertes dans divers organes. Cela arrive généralement dans la première période de l'âge critique, alors que les femmes maigrissent plutôt qu'elles n'engraissent, alors même qu'elles auraient des dispositions à l'embonpoint. Ainsi, sur 383 femmes chez lesquelles le flux menstruel avait cessé depuis cinq ans, 121 étaient devenues plus fortes qu'auparavant, 71 étaient restées au même point, et 90 avaient maigri ; en d'autres termes, un quart seulement du nombre total avait perdu de l'embonpoint cinq ans après la cessation. Désirant savoir si la continuité de l'état de maladie pendant l'âge critique avait quelque effet sur le plus ou moins de tendance à prendre de l'embonpoint, je divisai les 383 femmes en trois classes, suivant qu'elles avaient souffert beaucoup, peu ou pas du tout, et je trouvai que la proportion entre le nombre des femmes grasses et celui des femmes maigres était à peu près la même : en outre, chez celles qui avaient souffert beaucoup dans les premiers temps, la nutrition devint extrêmement active dans la dernière partie de l'âge critique. Trois sur les 383 devinrent tout-à-coup grosses à la cessation, mais cet embonpoint n'était pas un indice de force. Quoique les glandes mammaires fussent atrophiées, elles paraissaient souvent conser-

ver leur volume, grâce au dépôt graisseux qui les environne, mais elles étaient flasques et pendantes. Fothergill a observé que les femmes chez lesquelles la cessation est survenue subitement, avant l'époque ordinaire, sont les plus disposées à l'obésité, à moins que l'interruption des règles soit causée par une maladie interne. J'ai vu cet effet se produire plusieurs fois, notamment dans la circonstance suivante, qui peut servir à éclairer le diagnostic de la ménopause.

Observation huitième. — *Embonpoint subit, signe de cessation.*— Eliza L., âgée de trente-deux ans. Le flux menstruel apparut à neuf ans, fut régulier, mais accompagné d'un peu de mal de tête et de pseudo-narcotisme. Elle se maria à vingt-sept ans, n'eut jamais d'enfant, et fut réglée jusqu'au moment où la menstruation s'arrêta tout-à-coup, à trente ans, à la suite d'une attaque pendant laquelle elle demeura plusieurs heures sans connaissance. Encore enfant, quand elle allait à l'école, elle s'évanouissait souvent et on éprouvait de la difficulté à la rappeler à elle. Le même accident lui arriva fréquemment avant son mariage ; mais depuis lors, aucune indisposition de ce genre n'était survenue, quand, il y a deux ans, à la suite d'efforts inaccoutumés, elle resta pendant cinq heures sans connaissance. Il y a un an, elle eut une autre attaque ; enfin, pendant ces deux dernières années, elle a été troublée par des vertiges, des maux de tête et un état de pseudo-narcotisme. Maintenant, elle se plaint de ne pas voir clair « comme si elle avait une pellicule sur les yeux ». Elle éprouve ordinairement des douleurs à l'épigastre ; des sensations de gêne au creux de l'estomac, et elle est devenue énorme.

Dix ans plus tard, j'acquis la certitude que la menstruation n'avait pas reparu.

Quand une femme a perdu environ trois onces de sang, chaque mois, pendant trente-deux ans, il serait singulier qu'il n'existât pas des espèces d'écluses compensatrices favorisant des évacuations qui maintiennent l'équilibre du système, jusqu'à ce que le sang se soit à nouveau distribué dans les diverses parties du corps.

Les agents de compensation peuvent se classer comme il suit :

I. Une plus large consommation de carbone par les poumons.

II. Une quantité plus considérable que d'habitude de dépôts urinaires.

III. Accroissement de la transpiration.

IV. Flux muqueux abondants.

V. Hémorrhagies de divers organes.

Certaines de ces actions compensatrices sont permanentes, tant à la surface des poumons qu'à celle de la peau; d'autres sont irrégulières ; mais, dans un certain nombre de cas, l'action compensatrice est périodique, et prend le caractère mensuel, c'est-à-dire de la fonction qui tombe en désuétude.

TABLEAU XVI

Manifestations mensuelles survenues après la cessation chez 53 *femmes sur* 500.

NATURE DES MANIFESTATIONS	NOMBRE des cas.
Douleurs lombo-abdominales	15
Leucorrhée	12
Mal de tête et pseudo-narcotisme	7
Diarrhée	5
Entérorrhagie	2
Hémorrhoïdes sanguinolentes	1
Symptômes hystériques	2
Oppression hystérique ou asthme	2
Grande dépresssion des forces	1
Sueurs	2
Dyspepsie	1
Stomatite	1
Gonflement des gencives	1
Gonflement des jambes pendant trois jours	1
Total	53

I.— SOULAGEMENT PROCURÉ PAR LA RESPIRATION. — L'équilibre entre les fonctions menstruelle et respiratoire est démontré par le fait que, à toutes les périodes de la vie, lorsque la menstruation est diminuée ou supprimée, une plus grande quantité de carbone est consommée par heure dans les poumons, et qu'elle est moindre quand le flux sanguin a repris son cours. Andral et Gavarret ont trouvé que, dans les deux sexes, de huit ans à l'âge de la puberté, il y avait une augmentation de la quantité de gaz acide

carbonique excrété par les poumons ; et que, lorsque la menstruation se manifeste chez les femmes, ils continuent à en excréter la même quantité qu'auparavant, tandis que chez l'homme, au même âge, la quantité va en augmentant jusqu'à ce qu'il ait atteint le milieu de la vie, après quoi elle diminue graduellement. D'après des expériences faites sur vingt-et-une femmes, il paraît que, pendant tout le temps compris entre la première et la dernière menstruation, les plus fortes et les mieux portantes seules excrétaient par heure une quantité d'acide carbonique représentant 6 grammes, 4 ou la même quantité qu'avant la puberté, tandis que les hommes excrétaient 7 gr. 8 par heure avant leur quinzième année, et 11 gr. 3 par heure de quinze à quarante ans. Après la cessation, les poumons excrètent plus abondamment l'acide carbonique, car, chez cinq femmes âgées de trente-huit à quarante-cinq ans, et qui avaient cessé d'être réglées, la quantité de carbone consommée par heure s'éleva de 6 gr. 4 à 8 gr. 4. Les femmes excrétent aussi plus d'acide carbonique par les poumons pendant la grossesse et l'aménorrhée, ce qui peut aider à expliquer comment les germes de la phthisie peuvent se développer dans ces conditions.

II. — Soulagement obtenu par l'augmentation du dépôt des urines. — La majorité des femmes remarquent, quand vient le temps d'incertitude, que l'urine, au lieu d'être transparente, est troublée par des sédiments, que cela dure pendant des semaines et se renouvelle souvent durant cette période. Ces sédiments consistent en lithiates et en phosphates, et, comme dans les affections fébriles, ils indiquent un effort de la nature pour soulager l'organisme, et indiquent l'utilité des alcalins.

III. — Soulagement obtenu par l'augmentation des sécrétions de la peau. — L'importance du soulagement que procure l'action de la peau peut être appréciée par l'examen du tableau suivant :

TABLEAU XVII

Exhalaisons cutanées chez 300 *femmes sur* 500.

	NOMBRE de cas
1. Transpiration consécutive aux bouffées de chaleur	201
2. Transpirations froides	13
3. Transpirations venant chaque mois	2
4. Sueurs	84
Total	300

A l'exception d'un petit nombre de cas où les transpirations étaient froides et visqueuses, cette exhalaison est associée à une augmentation de la production de la chaleur, et à une distribution irrégulière de ce que l'on appelle « Bouffées de chaleur ». Elles se sont manifestées chez 244 femmes sur 500 ; 14 autres éprouvèrent des « Bouffées de chaleur sèche ». Cet effet, qui détermine la transpiration, est d'une haute importance, en ce qu'il est comme la soupape de sûreté de l'âge critique ; il est donc digne d'une étude spéciale.

J'ai dû étonner bien des lecteurs en avançant, qu'à l'âge critique, beaucoup de femmes ont la faculté de produire une quantité de calorique insolite ; elles aiment, en effet souvent à être moins vêtues et à laisser en hiver les portes et les fenêtres grand ouvertes. Quelquefois, néanmoins, au lieu de se trouver également distribué dans les diverses parties du corps, ce calorique se manifeste par bouffées ; les femmes sentent comme quelque chose venant de la région épigastrique, qui se répandrait dans la poitrine et monterait au visage, qui devient alors brûlant et bouffi. J'en ai vu qui comparaient leurs sensations à une vapeur ardente partant du creux de l'estomac. Ces bouffées peuvent être considérées comme des cas de réaction pathologique, provenant d'une paralysie partielle des nerfs vaso-moteurs. Elles viennent tantôt à la suite d'une impression de froid, d'une sensation passagère de frissons, tantôt après une faiblesse au creux de l'estomac, mais, la plupart du temps, sans aucun de ces symptômes. Si ces bouf-

fées ne se terminent pas par une douce sensation d'humidité à la peau, les femmes les appellent « vapeurs sèches ». Une bouffée peut durer deux ou trois minutes, mais souvent un quart d'heure est nécessaire pour dissiper ses effets. Le nombre dans une journée est extrêmement variable. La répétition spontanée en est fréquente à l'époque de l'incertitude, cinq ou six fois par heure, le jour comme la nuit. Quelques mois après la cessation, ce phénomène se réduit souvent à sept ou huit manifestations par jour seulement. Les bouffées peuvent encore se produire bien des années après la cessation, et même dans un âge avancé, sous l'influence du chagrin et de la mauvaise santé, sans avoir cependant l'intensité qui les rend si pénibles à l'âge critique. Leur retour à une époque aussi tardive n'a rien qui doive effrayer les femmes, car chez elles le sang peut se porter au visage jusqu'à l'âge de soixante et même soixante-dix ans.

La face et la poitrine souffrent généralement beaucoup des bouffées de chaleur, mais toute la surface de la peau peut en être affectée; les mains et les ongles brûlent comme du feu, et le pouls est souvent faible et lent. Les femmes robustes, d'un tempérament sanguin, sont les plus sujettes à cette indisposition, et confirment ainsi l'assertion de Sir J. Ross, qui prétend que le tempérament sanguin est doué d'une aptitude spéciale à produire de la chaleur, qui est incompatible avec le tempérament pâle et bilieux. Toute action moléculaire engendre de la chaleur, et tant que cette action travaille sans relâche à entretenir la vie, le corps produit une chaleur aussi permanente et aussi continue que sa nutrition, commençant cette opération avec l'existence et ne la terminant qu'avec elle. La quantité et la qualité de cette chaleur varient avec la quantité et la qualité du sang, qui est l'aliment de la combustion animale, qui s'infiltre en tous sens dans nos tissus, de telle sorte que si le sang est en bonne santé, la chaleur est physiologique; dans le cas contraire, la chaleur indique la fièvre. Mais comment la chaleur s'emmagasine-t-elle, et quelles sont les lois de sa distribution? Parfois elle éclate soudain et ses accès arrivent d'emblée à leur paroxysme: d'autres fois, comme dans les fièvres intermittentes, ses accès suivent une marche rythmique et

dépendent de l'action morbide des nerfs vaso-moteurs, qui étreignent les vaisseaux sanguins dans la trame de leurs ramifications. L'on se sent froid avant dîner; à peine a-t-on pris quelques bouchées de nourriture qu'il se produit des sensations de chaleur qui ne peuvent s'expliquer par l'ingestion d'aliments non encore digérés; c'est la chaleur *nerveuse*. Lorsque la nourriture se convertit en chyle, passe dans le sang et devient la source des actions chimiques de la nutrition, il se produit une augmentation marquée de la chaleur *chimique*. La partie mentale de notre être reçoit d'abord une impression, et instantanément la communique à la partie émotionnelle; alors se produit une réaction soudaine dans les ganglions épigastriques; une perte de force momentanée a lieu, la peau devient plus pâle et plus froide que d'ordinaire, un soupir imperceptible se fait entendre, une étincelle brûlante jaillit dans la région précordiale, quelque chose semble surgir de l'épigastre, rapide comme l'éclair, et le sang, onde après onde, se porte en flots brûlants sur toute la surface du corps, ou seulement au cou et à la face, qui paraît tout injectée de sang. La chaleur passe, le sang se retire des vaisseaux capillaires, et reprend son cours normal, à moins que des émotions nouvelles ne viennent encore le troubler. Ainsi, dans les phénomènes physiologiques de la rougeur, la chaleur se développe par suite de la réaction que l'émotion provoque sur les ganglions et nerfs ganglionnaires situés au creux de l'estomac; ce que produit ce centre nerveux sous l'influence de l'émotion, il le produit aussi spontanément, provoquant ainsi les bouffées et les vapeurs auxquelles les femmes sont sujettes à la période menstruelle, pendant la grossesse et la lactation, mais principalement à l'âge critique; en un mot, toutes les fois que sont troublées les fonctions de l'appareil nerveux ganglionnaire.

Ceci confirme les assertions des plus anciens physiologistes, car Hippocrate a remarqué que les frissons, de même que le développement inusité du calorique, sont des signes de grossesse. Galien a considéré les organes de la génération comme une source de chaleur; et Brongniart a découvert que, même dans les plantes.

la reproduction est accompagnée d'une augmentation appréciable de la température normale.

On savait bien que toute dépression du pouvoir nerveux paralyse les nerfs vaso-moteurs de la peau, et provoque la transpiration ; mais nous devons à Claude Bernard d'avoir établi le fait que, tandis que la section des nerfs, sensitifs et moteurs, n'est pas suivie d'un accroissement de chaleur, au contraire, la division du nerf qui fait communiquer entre eux les ganglions cervicaux supérieur et inférieur, en empêchant l'influence du grand sympathique de s'exercer sur ses ganglions centraux, développe une grande chaleur dans les vaisseaux capillaires situés au-dessus du point de section du nerf ganglionnaire. Le docteur H. Jones a découvert que la division d'un nerf sympathique fait dilater les vaisseaux sanguins dans le rayon de sa distribution, rend la pulsation des artères plus énergique, et élève la température de 10 à 15°. Si l'on divise chez un cheval le sympathique d'un côté du cou, le côté correspondant de la face et du cou se couvre de sueur.

Un phénomène semblable se passe à l'âge critique, la perte de l'activité des ovaires paralyse à demi le système ganglionnaire, les vaisseaux sanguins portent alors le calorique à son plus grand développement et le distribuent irrégulièrement à la périphérie cette rougeur causée par la paralysie du centre vaso-moteur présente comme un accès de fièvre, une période de concentration, une période de chaleur, une autre de transpiration ; mais, comme dans la fièvre, il peut arriver qu'il n'y ait pas de premier état, la rougeur apparaissant inopinément la plupart du temps ; souvent aussi, sans congestion antérieure des vaisseaux capillaires, on voit la transpiration percer la peau jusqu'à ce qu'on l'essuie ou qu'elle s'écoule en gouttes. Pourquoi les transpirations continues sont-elles si fréquentes à l'âge critique? Comment préservent-elles les femmes d'indispositions plus graves ? Ce sont deux questions auxquelles on ne peut répondre sans avoir fait quelques recherches sur la physiologie de la peau.

Quant à la surface sur laquelle peut opérer la nature, celle du corps entier étant évaluée à plus de dix-pieds carrés, on a calculé que 70,000,000 de pores donnent issue à la transpiration, et aux

produits lubréflants des glandes sébacées. Lavoisier estimait que, en vingt-quatre heures, la peau sécrétait vingt onces de transpiration. Le docteur Southwood Smith a démontré qu'un homme robuste, travaillant vigoureusement sous une chaleur intense, peut perdre cinq livres de son poids en une heure, de sorte que l'on peut facilement se rendre compte de l'émaciation des personnes qui transpirent beaucoup et de l'embonpoint de celles qui transpirent peu.

Il y a longtemps que Sanctorius a établi que —« la transpiration insensible donne plus à elle seule que toutes les autres évacuations ensemble. » — Valentin a découvert que la moyenne de sa transpiration était par heure de 463,3 grains, et que, en montant et descendant une colline pour transpirer abondamment, il avait excrété plus de quatre fois cette quantité, soit 2048,8 grains. La proportion de l'eau contenue dans le corps humain est de 78 pour cent, et c'est la transpiration qui en rejette le trop plein au-dehors. En ce qui concerne les parties intégrantes de la transpiration en dehors, le docteur Favre, de Paris, a obtenu d'un homme en bonne santé 14 litres ou 28 livres de transpiration, dont il a déterminé la composition ainsi qu'il suit :

TABLEAU XVIII

Analyse de la transpiration.

		Pour 14 litres.	Pour 10.000 grammes.
		grammes.	grammes.
Solubles dans l'eau.	Chlorure de sodium	31.327	22.305
	Chlorure de potassium	3.412	2 437
	Sulfates alcalins	0.161	0.115
	Phosphates alcalins	trace	trace
	Albuminates alcalins	0.070	0.050
Solub. dans l'eau acidulée.	Phosphates alcalino-terreux	trace	trace
	Débris d'épiderme	trace	trace
	Lactates alcalins	4.440	3.171
	Sudorates alcalins	21.873	15.623
	Urée	0.599	0.428
	Matières grasses	0 191	0.177
	Eau	13.938.027	9.955.737

Le docteur Favre tire de ses recherches les conclusions suivantes :

1° Que les matières composant la transpiration sont presque entièrement solubles dans l'eau ;

2° Que le chlorure de sodium constitue le principal élément solide de la transpiration, les sulfates alcalins et les phosphates étant en très petite proportion. Sous ce rapport, la transpiration diffère beaucoup de l'urine, ainsi qu'on le verra par les analyses comparatives que voici :

	Transpiration 14 litres.	Urine 14 litres
Chlorures	34.639 gr.	57.018 gr.
Sulfates	0.160 »	21.709 »
Phosphates	trace	5.381 »

3° Que l'acide lactique combiné avec les alcalis existe dans la transpiration. Il serait intéressant d'étudier si sa quantité est ou non augmentée dans les transpirations acides des femmes en couches, dans les sueurs de la lactation qui suit, ou dans celles de l'âge critique ;

4° L'acide sudorique combiné avec les alcalis, élément de la transpiration non signalé jusqu'à présent, en est un des principaux. La composition de cet acide est presque semblable à celle de l'urée que l'on ne rencontre pas normalement dans la transpiration ; mais lorsque celle-ci est arrêtée, comme dans les expériences de Seguin et d'Anselmino, les reins peuvent transformer l'acide sudorique en acide urique, et l'excréter sous forme d'urate d'ammoniaque ;

5° L'existence de l'urée dans la transpiration complète l'analogie de ce liquide avec l'urine ;

6° La transpiration prise à des heures différentes sur la même personne ne varie pas dans sa composition, mais lorsque le liquide recueilli pendant la première demi-heure de l'expérience est comparé à celui de la seconde ou de la troisième demi-heure, on trouve qu'une plus grande quantité de sels minéraux est expulsée pendant la dernière période. La proportion de l'eau ne paraît pas varier, comparativement aux autres éléments de la transpiration.

A l'âge critique, la quantité de transpiration est souvent augmentée d'une manière évidente ; mais nous ignorons dans quelles

proportions ses diverses parties intégrantes peuvent être alors modifiées.

Comme la peau est pour ainsi dire la soupape de sûreté la plus facile à soulever de tout l'organisme, c'est elle qui est le plus fréquemment influencée par l'âge critique ; en même temps, la petite proportion de matières solides éliminées du sang par la sueur explique la raison pour laquelle la transpiration n'est qu'une crise insuffisante et qui doit se renouveler sans cesse, à moins qu'il ne se soit effectué d'autres changements. La nature critique des transpirations, à l'époque de la ménopause, est démontrée par leur apparition après la suppression subite du flux menstruel, après la diarrhée et la leucorrhée. Ainsi, chez Eliza Z., âgée de soixante ans, la menstruation cessa tout-à-coup, à quarante-trois ans, après qu'elle se fut mouillé les pieds ; les transpirations étaient souvent si intenses qu'il fallait tordre les draps de son lit. Mary M., âgée de cinquante-cinq ans ; la menstruation s'établit à dix neuf ans et fut supprimée à trente, après une perte abondante ; elle a toujours été depuis sujette à des bouffées de chaleur et à des transpirations qui lui ont conservé la santé. Après la cessation, les transpirations diminuent généralement ; pourtant, j'en ai remarqué de très abondantes reparaissant cinq ans plus tard, à la suite d'une grande anxiété, et même après vingt-neuf ans chez une vieille femme forte et de bonne santé, âgée de soixante-sept ans. Les transpirations ne couvrent pas toujours le corps entier, mais elles se localisent dans certaines parties. Deux malades portent toujours de la flanelle sur le creux de l'estomac parce qu'elles transpirent abondamment et uniquement sur cette partie du corps, à tel point que leurs vêtements en sont saturés. Comme Fissot, j'ai vu des transpirations modérées converties en sueurs profuses pendant quelques jours chaque mois.

IV. — Soulagement procuré par les écoulements muqueux. — Le tableau ci-après démontre la fréquence des écoulements muqueux à l'âge critique :

TABLEAU XIX.

Fréquence des pertes muqueuses chez 500 femmes à l'âge critique.

NATURE DU FLUX MUQUEUX.	NOMBRE de cas
Leucorrhée à intervalles irréguliers	140
Leucorrhee mensuelle	12
Vomissements muqueux répétés	31
Pertes aqueuses	5
Diarrhée fréquente	45
Diarrhée mensuelle	5
Total	244

Ces pertes muqueuses doivent être considérées comme remplaçant le flux menstruel, car elles étaient habituellement précédées des mêmes symptômes, particulièrement lorsqu'elles étaient périodiques, fait déjà signalé par B. de Boismont. Leur nature critique peut rendre nécessaire de les modérer, non de les arrêter. Sur 250 femmes chez lesquelles la fonction menstruelle avait cessé, 143 n'avaient jamais été sujettes à la leucorrhée ; sur les 117 restantes :

	CAS
La secrétion vaginale avait augmenté à la cessation dans	77 »
Elle avait diminué dans	24 »
Elle était demeurée stationnaire dans	16 »

Quant à la leucorrhée périodique, dans un cas, elle apparut régulièrement chaque mois, pendant un an ; dans un autre, pendant dix-huit mois ; dans un certain nombre, pendant deux ans ; enfin, dans un dernier cas, pendant sept ans. La plupart des femmes qui ont éprouvé des effets de ce genre ont vu leurs règles s'arrêter subitement.

V. — Soulagement procuré par l'hémorrhagie. — La proportion des cas dans lesquels les femmes sont soulagées par l'hémorrhagie est démontrée dans le tableau suivant :

TABLEAU XX.

Fréquence comparative de l'hémorrhagie chez 500 femmes, à l'âge critique.

VARIÉTÉS DE L'HÉMORRHAGIE	NOMBRE de cas
Ménorrhagie terminale	82
Attaques successives de ménorrhagie	56
Hémorrhoïdes sanguinolentes	24
Entérorrhagie	20
Epistaxis	12
Hémoptysie	8
Hémorrhagie cérébrale et apoplexie	6
Hématémèse	4
Hématurie	1
Rupture de veines variqueuses	3
Evacuation sanguine à l'extérieur du canal auditif	4
Ecchymoses cutanées	3
Sang provenant d'une veine temporale	1
Total	208

La menstruation par substitution est rare à l'âge critique, pourtant j'ai vu un écoulement sanguin des seins survenir chaque mois, pendant cinq ans après l'arrêt du flux menstruel ; dans un autre cas, une évacuation séro-sanguinolente eut lieu par les mamelons à des périodes inégales, pendant les deux années qui suivirent la ménopause. Le docteur Semple a rapporté le cas d'une femme, âgée de quatre-vingts ans, qui, chaque mois, était sujette à l'épistaxis, ou se trouvait réglée comme dans sa jeunesse. Ces diverses hémorrhagies sont plus ou moins heureusement critiques : les pertes, à la ménopause, préviennent des maladies plus sérieuses, et donnent à l'organisme le temps de se reconstituer graduellement. Les pertes successives reviennent aussi souvent que le corps contient du sang en excès ; elles s'éloignent peu à peu et diminuent chaque fois d'intensité.

Je termine ici mon étude sur l'âge critique, au point de vue physiologique, et je vais exposer rapidement, dans les chapitres suivants, les rapports principaux de l'âge critique avec la pathologie générale.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

12e *session* : *Congrès de Rouen.*

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Séance du vendredi 17 *août* 1883.

M. Gallard. *Discussion de la théorie physiologique de la menstruation.* Tout le monde a présent à la mémoire le fait découvert par Négrier (d'Angers), relatif à la concomitance et à la corrélation intime de l'ovulation et de la menstruation. Or, dans ces derniers temps, on a contesté la corrélation; il s'agit, a-t-on dit, d'une simple coïncidence, c'est le hasard qui préside à la coexistence des deux phénomènes, l'ovulation ne tient pas l'écoulement sanguin sous sa dépendance. Il est vrai, reprend à son tour M. Gallard, que la cause organique de la métrorrhagie périodique provient d'un travail de la muqueuse utérine, mais on n'a pas, à son sens, établi que cette congestion utérine soit indépendante de l'ovulation. S'il est certain que la congestion précède l'ovulation, ce prélude de l'hémorrhagie est lui-même sollicité par la ponte ; l'oiseau fait son nid avant d'y mettre des œufs, mais comme c'est pour y pondre qu'il fait son nid, c'est l'ovulation qui commande le premier acte. Il nous reste donc simplement deux arguments à examiner : 1° On a vu des femmes dépourvues ou privées d'ovaires, avoir néanmoins leurs règles ; — 2° On a vu des femmes non menstruées avoir des ovaires et fabriquer des œufs.

Les faits présentés ne paraissent pas probants au savant gynécologiste. Il affirme qu'une femme congénitalement dépourvue d'ovaires n'est jamais menstruée. Quant aux femmes dont on a enlevé les deux ovaires par une opération, les auteurs constatent qu'elles seraient encore menstruées, mais déjà ils enregistrent ce correctif que les règles n'ont plus la même périodicité qu'auparavant, qu'elles durent peu. M. Gallard ajoute que cette

assertion n'a pas toute la valeur qu'on serait tenté de lui attribuer parce que, à la suite de toute autre opération chirurgicale, on peut observer des écoulements sanguins par les organes génitaux (troubles circulatoires réflexes) et qu'en second lieu on n'est jamais bien certain d'avoir enlevé la totalité des deux ovaires, les adhérences nuisant à l'ablation parfaite ; il faudrait faire la preuve microscopique de la castration absolue. L'explication de l'erreur dans laquelle sont tombés les médecins qui ont cru à l'ovulation aménorrhéique (second argument) réside dans l'absence de réaction générale de certains sujets diathésiques ; mais n'existe-t-il pas alors de la leucorrhée qui traduit la sollicitation de la muqueuse utérine : le flux menstruel est imparfait, mais il existe. En résumé, avant de renverser la loi de Négrier, avant d'accorder droit de cité aux objections signalées, M. Gallard demande à la Société de rechercher des faits indiscutables, complets.

Discussion.— M. Duplouy a pratiqué des ovariotomies doubles en des cas où le pédicule de chacun des organes était grêle et parfaitement isolable, où il avait pris toutes les précautions opératoires pour enlever totalement les deux ovaires, et dans ces cas il a observé que les règles continuaient comme par le passé, une fois la guerison obtenue. Or, il ne croit réellement pas avoir laissé de morceaux d'ovaires.

M. Gallard, malgré les autorités chirurgicales, demande qu'on se montre très réservé au sujet d'une pareille appréciation. Il argue de la fragmentation de l'ovaire qui s'étale sur les parois d'un kyste, et il lui semble très difficile d'enlever l'intégralité de la glande.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *septembre* 1883. — *Présidence de* M. Larrey.

De l'influence de la diphthérie sur le produit de la conception. — *M. Aug. Ollivier.* Duchenne, de Boulogne, a cité un cas d'avortement provoqué par la diphthérie. M. Ollivier vient d'en observer un nouveau cas.

Une jeune femme de 23 ans entre dans son service avec tous

les symptômes d'une angine diphthéritique. Trois jours après son entrée à l'hôpital, cette femme se lève pour aller au cabinet, elle a une perte et rend un caillot volumineux qui, malheureusement, n'a pas été conservé. Examinée lors de son entrée dans le service, cette femme présentait au-dessus du pubis une tumeur arrondie qui devait être l'utérus gravide et qui, en effet, disparut après cette perte. La malade rejeta ensuite des fausses membranes qui confirmèrent le diagnostic.

La diphthérie faisant des progrès, détermina une paralysie du voile du palais. Huit jours après, l'état était très grave, la respiration provoquait un bruit de drapeau. L'asphyxie était imminente. On pratiqua la trachéotomie, mais la malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouva le larynx, la trachée et les bronches recouverts de fausses membranes. L'utérus était volumieux, dur, à parois épaisses ; le placenta était encore adhérent. Il n'y avait donc aucun doute sur l'avortement et sur l'influence nocive de la diphthérie.

Comment dans ce cas s'est produit l'avortement ? On ne peut l'expliquer par l'intensité de la fièvre, la malade n'ayant jamais eu de fièvre intense. On peut, au contraire, invoquer avec juste raison l'état du sang maternel, soit parce qu'il était insuffisamment oxygéné et en même temps saturé d'acide carbonique, soit parce que le germe infectieux l'avait altéré. (Comm. MM. Roger, Bergeron et Tarnier,)

(*La France médicale*,)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 1er *décembre* 1882.— *Présidence de* M. Duret.

Tumeur utérine. — Hystérotomie. — Mort.

Par M. Thoint, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent d'une opération pratiquée à la Salpêtrière, par M. Terrillon, sur la femme C.., âgée de 53 ans. Cette malade portait depuis 4 ans une tumeur abdominale, de volume considérable, mate sur toute sa surface et où la palpation ne permettait de découvrir ni sensation de flot ni fluctuation partielle. Le col

utérin était porté en haut, et l'utérus était absolument immobile, comme enclavé. La malade ne souffrait pas et n'avait jamais eu d'accidents de péritonite. Les règles avaient cessé depuis plusieurs années déjà.

Deux ponctions, faites à huit jours d'intervalle, vers la fin de novembre, donnèrent issue chacune à quelques grammes de liquide couleur chocolat. Vers la même époque, la malade commença à perdre par le vagin, d'une façon intermittente, des matières qui tachaient le linge en jaune verdâtre.

L'opération fut pratiquée le 11 décembre et dura une heure et demie. Deux ponctions faites pendant l'opération donnèrent issue à plusieurs litres d'un liquide semblable à celui qui avait été extrait précédemment. L'utérus fut coupé presque à ras du col. La malade mourut du choc traumatique, deux heures après l'opération.

La tumeur, incisée le lendemain, fit voir que nous avions affaire à un utérus colossalement distendu, à parois musculaires fortement hypertrophiées et présentant l'épaisseur environ de deux doigts. La cavité était unique, sans diverticule, et se continuait nettement avec la cavité de la portion de col, sur laquelle avait porté la section et qui avait été laissée dans l'abdomen. Cette cavité utérine était remplie d'un liquide hématique absolument différent de celui que nous avaient donné les ponctions antérieures à l'opération, ou faites pendant l'opération même. Ce liquide sanguinolent s'était, suivant toute probabilité, épanché pendant l'opération, d'où le collapsus qui avait entraîné si rapidement la mort de la malade. De toutes parts, sur la muqueuse, s'élevaient des masses de volume variable, dont les plus grosses pouvaient avoir la dimension d'une orange. Parmi ces masses les unes étaient solides, rattachées à la paroi par un pédicule très large, à adhérence du reste très faible, car quelques-unes s'étaient détachées spontanément pendant les diverses manœuvres qu'avait nécessitées l'opération ou l'examen *post mortem*. Ces masses étaient molles, friables. L'examen macroscopique était impuissant à déterminer la nature de ces singulières tumeurs, qui n'avaient l'apparence ni d'un fibrome ramolli, ni d'un sarcome ; la durée de la tumeur (17 ans), écartait encore, aussi bien que l'apparence, l'hypothèse d'une production maligne.

D'autres masses plus petites étaient de nature différente ; elles étaient creuses, formées d'une paroi peu épaisse et remplies de caillots ; peut-être, faut-il voir là des dilatations anévrysmales ? Enfin, la muqueuse était sur tous les points, entre ces masses, hérissée et comme fongueuse. La coupe des parois musculaires laissait voir des canaux du volume d'un gros drain remplis de sang caillé (sinus veineux (?). La tumeur vide pesait 8 kilogr.

(*Le Progrès médical*).

Séance du 22 décembre 1882. *Présidence de* M. Duret.

KYSTE DE L'OVAIRE A PAROIS CALCIFIÉES,

par M. L. Thoinot, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société ont été trouvées à l'autopsie de la nommée P., âgée de 53 ans, décédée à la Salpêtrière (service de M. Terrillon), le 20 décembre 1882.

Cette malade, depuis quatre ans dans le service, portait sa tumeur abdominale depuis trente ans environ. Elle n'éprouvait aucune difficulté ni de miction, ni de défécation. De temps à autre seulement, la gêne croissante de la respiration décidait la malade à réclamer une ponction. Ces ponctions, du reste, étaient très rares ; dans son long séjour à l'infirmerie de la Salpêtrière, elle n'en avait subi que quatre. La dernière avait été pratiquée en novembre 1882.

Cette tumeur, mate sur toute son étendue, donnait très nettement la sensation de flot, présentait une paroi dure, résistante, à consistance cartilagineuse. La santé avait été bonne jusqu'à la dernière ponction qui donna issue à 17 litres de liquide.

Mais, à partir de celle-ci, se développaient des symptômes de cachexie progressive qui, sans douleur, sans phénomène inflammatoire du côté du péritoine, amenèrent la mort le 20 décembre.

Autopsie. — Nous constatons que la paroi abdominale antérieure s'était fusionnée, pour ainsi dire, avec la paroi correspondante de la tumeur. Les fibres musculaires qui existent normalement en cet endroit, de chaque côté de la ligne blanche, avaient disparu, et ce n'était que sur les côtes, là où la tumeur

n'adhérait pas à la peau, qu'on retrouvait les fibres des muscles abdominaux.

En haut, l'épiploon venait se fixer sur la tumeur dont il était impossible de la détacher ; les anses du gros intestin (côlon transversal) adhéraient également à la partie supérieure de la tumeur. La veine ombilicale était, à sa naissance sur la face abdominale, absolument adhérente à la tumeur, d'où elle semblait même provenir.

Il n'y avait aucune adhérence dans le bassin. La tumeur était rattachée à l'angle droit de l'utérus par un pédicule qui était manifestement le ligament de l'ovaire droit. Les parois du kyste présentaient une singularité, du reste diagnostiquée pendant la vie, je veux dire la calcification. Cette calcification était surtout manifeste sur la paroi antérieure ; les parois latérales étaient de consistance plus molle ; la paroi postérieure était de consistance ordinaire.

La tumeur une fois incisée, on vit que cette paroi antérieure calcifiée sur toute son étendue était épaisse environ d'un centimètre, et que l'épaisseur diminuait à mesure qu'on se rapprochait de la paroi postérieure. Pleine, la tumeur pesait 11 kilos.

(*Le Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 *juillet* 1883. — *Présidence de* M. Laborde.

Albuminurie des femmes grosses. — M. Amédée Doléris communique, pour prendre date, les premiers résultats positifs de recherches commencées en mars 1881 sur l'albuminurie des femmes grosses, et poursuivies jusqu'à ce jour au laboratoire de la Clinique d'accouchements.

Il ne s'agit pas des albuminuries très légères des six dernières semaines de la gestation, qui sont, vraisemblablement, toujours d'origine passive et liées à la gêne de la circulation nerveuse, mais bien des albuminuries intenses qui apparaissent au début ou vers le milieu de la grossesse, s'accompagnent rapidement de troubles graves, et se compliquent fréquemment d'éclampsie. En procédant avec la plus grande rigueur expérimentale possible,

l'auteur a pu se couvaincre que l'urine des malades. affectées de la sorte contient un organisme ou les germes d'un organisme qu'il est assez facile de caractériser. Cultivé à une température moyenne, avec une certaine lenteur, il survit plus longtemps que lorsqu'on le soumet à un développement rapide dans l'étuve chauffée à 35° en moyenne. Sous sa forme la plus parfaite, il est constitué par de très longues chaînes noduleuses composées de très courts segments bacillaires, entrecoupés parfois de grains ou de séries de grains très réfringents. Dans certaines conditions, il apparaît presque complètement moniliforme, ou bien les articles de la chaînette sont étranglés dans leur milieu. A un moindre développement, il affecte des formes intermédiaires.

L'urine qui le recèle reste acide et n'est, dans quelques cas, que très légèrement alcaline. Cette alcalinité s'observe parfois au moment même de l'émission et disparaît ensuite pour faire place à une acidité marquée. D'autres fois, chez certaines femmes longtemps malades, elle est devenue alcaline au cours de la maladie. Enfin, dans les vases d'expérience, ce n'est que très rarement que cette réaction a été observée au bont de quelques jours. C'est là probablement une question qui ne peut être vidée que par l'observation clinique de la manière dont s'opère la précipitation des sels de l'urine, par l'action des microbes qu'elle renferme ou toute autre influence. Malgré tout, ce liquide est d'une limpidité parfaite et sans la moindre odeur ammoniacale.

Soit qu'on l'observe après sa sortie de la vessie, soit qu'on l'examine dans les cultures, c'est du fond du vase ou du ballon qu'on voit peu à peu s'élever un nuage d'abord floconneux qui devient de plus en plus compacte en restant transparent et prend alors son aspect glaireux. La précipitation des sels se fait alors très vite. Finalement, il se forme, au bout d'un long temps, un dépôt blanc grisâtre, qui augmente un peu dans les premiers jours et finit par diminuer en se tassant. L'urine reste acide. L'organisme (ou les organismes, s'il s'agit d'espèces différentes, ce qui n'est point élucidé encore), n'a rien de commun avec les cryptogames ordinaires ; tubes et chapelets sont d'une extrême finesse. Leur développement dans l'urine chargée d'albumine se fait avec une abondance remarquable.

M. Doléris a inoculé différentes fois des cultures de ce microbe dans la veine vulgulaire du lapin et il a réussi jusqu'à présent à

les rendre albuminuriques dans les premières vingt-quatre heures qui suivaient l'injection. L'urine de ces animaux qui, comme on sait, est au moment même de l'émission très troublée par le dépôt abondant de sels, s'éclaircit de jour albuminien, tandis que la réaction albumineuse inverse s'accentue par les réactifs ordinaires. Au début, le précipité obtenu par le réactif de Tanret est homogène, mais il ne tarde pas à devenir floconneux et à donner l'apparence de l'albumine rétractile, au bout de quarante-huit heures environ. Dans quelques cas, et lorsque l'albuminurie est dans son plein, il suffit d'ajouter quelques gouttes de réactif et l'on voit les flocons albumineux flotter un instant et se précipiter ensuite en quelques minutes.

L'urine de ces animaux contenait l'organisme injecté. Après une série d'injections d'un animal à un autre, les effets ont paru s'atténuer. Les troubles produits n'ont pas été en relation toujours proportionnelle avec la quantité d'albumine observée dans l'urine. Car, au début des recherches, certains animaux sont morts au bout de trois ou quatre jours en moyenne, peu albuminuriques.

Les symptômes observés ont été de la parésie des membres, de l'hypothermie au bout d'un temps variable et des convulsions avec un ralentissement extrême de la respiration. Le refroidissement est allé jusqu'à 32°. Il existait encore la veille de la mort. A l'autopsie, on a observé des lésions congestives des reins assez manifestes pour pouvoir être affirmées, mais ce côté de la question est encore réservé par l'interprétation de quelques détails.

Le sang a présenté à l'examen et par la culture de choix des microbes rappelant l'aspect de ceux qui ont été injectés, mais atténués dans leur forme et dans leur action de manière variable. Aucun des animaux rendus albuminuriques et tués par la suite de l'injection dans le sang n'a présenté aucune trace de suppuration, ni aucune lésion des reins.

M. Doléris arrête là sa communication pour l'instant et termine par quelques considérations pathologiques que semblent appuyer les résultats de ses premiers essais, auxquels manquent encore le contrôle des faits souvent répétés et l'assimilation plus complète de l'expérience avec ce qui se passe pendant la grossesse. Il faudra opérer en produisant une gêne circulatoire dans le rein, ou en inoculant des femelles gravides.

Néanmoins, il semble avéré que le sang des animaux et de l'homme puisse temporairement recéler des organismes capables de s'éliminer par les reins, sans déterminer de lésions, ni de troubles, sauf parfois une albuminurie légère et très passagère lorsque l'intégrité du revêtement des tubuli est compromise. C'est peut-être l'explication rationnelle de la putridité et des altérations diverses qui s'emparent parfois si rapidement de l'urine après son émission et que l'on observe si souvent au cours de simples malaises.

Que le sang vienne à recéler une grande quantité d'organismes, que ces organismes soient spéciaux et trouvent dans le filtre rénal un habitat d'élection ; que, d'autre part, la congestion du rein soit créée pour une raison ou pour une autre par un mécanisme actif ou passif, stase ou hypérémie, et voilà réalisées de toutes pièces les conditions d'une albuminurie essentielle, d'une néphrite infectieuse primitive. La marche des lésions et des symptômes n'est plus question d'intensité ou de durée dans l'action des éléments morbigènes. Sans sortir du point de départ de ces expériences : la *grossesse*, M. Doléris pense qu'il en doit être ainsi pour l'albuminurie des femmes grosses, chez lesquelles les conditions précédentes existent à un haut degré pour l'appareil rénal ; chez lesquelles également l'injection doit se produire aisément, si l'on songe au retard apporté par la grossesse aux émonctions naturelles (rénale, intestinale principalement), au cours du sang et à son épuration régulière. Il ne s'agit plus, dès lors, d'envisager ce qui se passera lorsque les femmes se trouveront placées dans des conditions d'infection extérieure intenses. Selon toute apparence, elles devront être plus fréquemment et plus gravement atteintes que d'autres individus ; fait amplement constaté. Sur ce fait on a fondé la doctrine de l'*état puerpéral*, qui résume l'idée de la susceptibilité plus grande et de la moindre résistance des femmes enceintes pour toutes sortes de maladies. La conception de M. Doléris est plus explicite et offre un terrain de recherches considérable. Elle donnera peut-être la clef de la gravité que prennent certaines affections chez la femme gravide. L'ictère, l'albuminurie, la pneumonie, sans parler d'un grand nombre de variétés d'infections légères.

C'est peut-être anssi le moyen de comprendre, par un de ces côtés, le vrai sens et la valeur réelle de l'état puerpéral, si

complexe et si peu défini jusqu'à présent et qui ne s'observe nettement en réalité que dans les centres populeux ou dans certaines conditions déterminées : hygiène défectueuse, constitution médicale mauvaise.

On arrivera encore à mieux saisir la remarque déjà faite de la plus grande fréqnence de l'albuminurie à certaines saisons, de la prédisposition des femmes qui en sont affectées, avec complications des suites de couches, et l'on comprendra que des auteurs aient pu écrire, chose invraisemblable à première vue, que l'éclampsie puerpérale pouvait se montrer sous forme épidémique.

(*Le Progrès médical*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 octobre. — Présidence de M. Bouley.

DE LA MORPHIOMANIE AU POINT DE VUE DE LA GROSSESSE ET DE LA VIE DU FŒTUS.

M. Féré. — Il n'a encore été fait aucune recherche sur l'influence que pouvait avoir l'abus de la morphine sur le développement de la grossesse et la vie du fœtus. Voici un petit fait qui pourra servir à cet ordre de travaux.

Une jeune femme de vingt-deux ans, qui faisait un usage excessif de la morphine pour combattre les douleurs que provoquait une névralgie faciale, étant devenue enceinte, voulut cesser l'usage de la morphine.

Elle consulta dans ce but plusieurs médecins, qui refusèrent de la traiter, de crainte que la suppression de la morphine ne provoquât un avortement.

De fait, lorsque je commençai à diminuer la dose quotidienne de morphine que prenait cette malade, il survint des coliques utérines, qui purent faire craindre un avortement. Néanmoins, en prenant certaines précautions, ces coliques purent être calmées par de petites doses d'opium ou de chloral, prises par la bouche ou en lavements, et trois mois environ après le début de ce traitement, la malade accoucha à terme. Mais à cette époque, la dose quotidienne de morphine qu'absorbait cette jeune

femme, n'avait encore pu être diminuée que de moitié (13 centigr. au lieu de 25 centig.)

Pendant les huit jours qui suivirent l'accouchement, le traitement fut abandonné ; repris ensuite, je constatai de nouveau que l'abaissement du chiffre de la morphine provoquait quelques coliques déterminées sans doute par les contractions du col, car tant qu'elles existaient, les lochies se supprimaient ; néanmoins aucun accident sérieux ne survint et, au bout d'un mois environ, la morphine put être complètement supprimée.

Voilà ce qui s'est passé pour la mère, mais ce que je tiens surtout à signaler, c'est que l'enfant, en apparence bien portant, dont accoucha cette femme, resta soixante heures sans pouvoir dormir et présenta même pendant ce temps une certaine agitation.

En présence de ce fait, il est permis de supposer que si, au moment de l'accouchement, la dose de morphine n'avait pas déjà été notablement diminuée, l'enfant en venant au monde aurait pu présenter des accidents plus graves. Il est donc indiqué de ne pas attendre l'accouchement pour traiter les morphiomanes, à la condition, toutefois, de prendre les précautions nécessaires pour empêcher l'avortement.

(*La Semaine médicale*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT.

Séance du 25 *juin* 1883. — *Présidence du* Dr Foucart.

M. Porak fait une intéressante communication sur un accouchement chez une femme rachitique qui présentait une grande petitesse des membres avec la dimension ordinaire du torse d'un adulte ; l'enfant à terme était volumineux, il y avait deux espèces de lésions chez cette femme, l'arrêt de développement et la courbure des membres. Le bassin mesurait au diamètre transverse du détroit inférieur 10 c., au diamètre antéro-postérieur, 5 cent., au diamètre sous-pubien, 6 cent. 1/2 ; dans le détroit inférieur tous les diamètres étaient diminués.

C'était un cas d'opération césarienne, mais cette opération, vu les circonstances défectueuses, était dangereuse; M. Porack s'est

décidé pour l'embryotomie ; il fit la craniotomie avec le craniotome de Blot et le désossement de la tête pour préserver les parties molles de la mère ; une fois le crâne perforé, il a enlevé les pariétaux, le frontal, avec la pince à os de Simpson, puis il a pu faire passer la tête de l'enfant de champ. L'opération a duré trois heures : il y a eu quelques déchirures du côté de la mère ; le traitement antiseptique fut institué, on employa l'acide phénique, l'acide borique, et quoique au second jour il y ait eu ballonnement du ventre et des nausées, la femme a guéri au bout de huit jours. Cette femme n'était pas un monstre, elle devait être atteinte de rachitisme intra-utérin.

M. Berger demande si le fœtus avait des malformations.

M. Porak. Le fœtus était normal et pesait 2,900 gr. sans la matière cérébrale.

M. Berger demande si les céphalotripsies répétées de Pajot n'auraient pu se faire chez cette femme.

M. Porak. Les observations de M. Pajot sont discutées ; toutes les femmes qui ont guéri avaient un diamètre de 6 cent., celles qui n'avaient que 5 cent. de diamètre sont mortes.

M. Porak rend compte d'un autre cas de dystocie ; il s'agit d'un kyste du vagin ; ces kystes sont rares ; au bout de quinze à seize heures de travail, la dilatation était complète ; la sage-femme avait constaté une saillie normale dans le vagin et fait transporter la femme à l'hôpital. La tête ne pouvait descendre à cause de la tumeur ; celle-ci, par la pression de la tête, était dure, presque osseuse, et présentait un peu de résistance ; on appliqua le forceps, l'enfant vint et aussitôt la lèvre du côté de la tumeur devint énorme ; l'exploration du vagin montra qu'il n'y avait plus trace de la tumeur ; c'était un kyste ; quand la femme quitta l'hôpital, ce kyste commençait à se reformer ; un mois après, la tumeur était redevenue complète ; les accouchements ultérieurs seront plus faciles, car il suffira de ponctionner le kyste.

M. Depasse demande ce qu'est devenu le liquide dans la grande lèvre.

M. Porak. Il s'est résorbé ; on a surveillé la résorption, mais M. Porak ayant cru à un thrombus s'est bien gardé de chercher à agir sur le liquide.

M. Berger croit qu'il faut opérer ces kystes du vagin avant

qu'ils aient pris un grand développement, car ils augmentent fatalement.

(*La France médicale*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 *octobre* 1883. — *Présidence de* M. MILLARD.

DÉFORMATIONS VULVAIRES ET ANALES.—Dans une seconde communication, M. MARTINEAU appelle l'attention de la Société sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie. Ces déformations deviennent de plus en plus fréquentes. Sur 1,770 observations recueillies en deux ans, M. Martineau a relevé 500 cas de déformations vulvaires ou anales à l'hôpital de Lourcine. Le fait, dit-il, est d'autant plus important à connaître que les actes qui le produisent exercent une influence pernicieuse sur l'évolution de la métrite en provoquant non seulement une exacerbation de tous les symptômes, mais encore des rechutes fréquentes de cette affection ; de plus, ces actes produisent de funestes effets sur le système nerveux et sur la nutrition et peuvent donner lieu à des accidents locaux parfois d'une grande gravité.

Enfin ces recherches ont fourni à l'auteur de nombreux documents touchant les conditions étiologiques qui favorisent les actes libidineux ou contre nature produisant les déformations en question.

(*Gazette médicale de Paris*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU HAUT-RHIN.

(Fondée en 1829.)

Séance du 29 *octobre* 1883 (*tenue à Colmar*).

M. le professeur KŒBERLÉ, se rendant à l'invitation qui lui en est faite par le président, consent à faire une communication à la Société sur un nouveau procédé opératoire dans la périnéorrha-

phie, dont il est l'inventeur, procédé qui permet d'exécuter cette opération facilement et avec succés.

Jusqu'à ce jour, le principal écueil, même dans les opérations bien faites, venait de la déchirure du périnée suturé par suite du passage des matières fécales. Les sutures faites, deux procédés se trouvaient en présence : ou bien on produisait la constipation chez l'opérée, et l'on empêchait par là les garde-robes ; ou bien on provoquait une diarrhée qui, en ramollissant les matières, supprimait toute pression.

Appuyé sur ces principes, M. Simon a fait des opérations de périnéorrhaphie remarquables, pratiquant l'autoplastie avec des lambeaux de la fesse transportés à l'intérieur, le tout sans succès, dès que la déchirure du périnée avait atteint certaines proportions, ou allait un peu loin. Dans ces conditions, ce qui s'imposait comme une nécessité absolue, c'était la suppression du passage des matières au niveau de la partie suturée.

M. Kœberlé imagina de créer aux matières, soit dures, soit liquides, une autre voie, assez éloignée des sutures qui sont souvent nombreuses et profondes, de façon à ne les influencer d'aucune sorte, et pour ce faire, il pratiqua une incision profonde partant de la partie postérieure de l'anus, intéressant le sphincter, une portion du rectum, la peau et tous les tissus et s'étendant jusqu'au niveau du coccyx.

L'opération de la périnéorrhaphie s'accomplit alors facilement comme à l'ordinaire, on la protège et on l'abrite au mieux, et l'on maintient la plaie faite en arrière bien ouverte pour l'écoulement des matières, en laissant le périnée se souder et se guérir lentement. Quand les sutures du périnée sont bien prises et que la réunion de la plaie périnéale est assez solide, on laisse la plaie artificielle se guérir à son tour, ce qui s'obtient facilement soit d'une manière spontanée, soit au moyen d'une ou deux sutures.

M. Bœckel trouve le procédé très rationnel ; il craint seulement que de pareils débridements dans le sphincter ne produisent un relâchement complet et une incontinence des matières, surtout des liquides et des gaz, et d'autre part qu'ils empêchent la réunion complète du sphincter.

M. Kœberlé : Toutes les périnéorrhaphies présentent le même inconvénient ; mais par le procédé de l'incision postérieure on

obtient beaucoup plus sûrement la réunion du périnée et du sphincter antérieurement. En outre, la réunion de l'incision postérieure, par la façon même dont elle est faite, s'obtient mieux qu'une déchirure naturelle, et si elle ne s'obtient pas spontanément, la restauration en est plus facile que l'antérieure.

L'opération a été faite ; elle a pleinement réussi ; mais avant de se prononcer d'une façon absolue sur les résultats et sur la valeur de ce nouveau procédé, il faudrait avoir sous les yeux une série d'observations ; l'expérience et l'expérimentation seules sont appelées à trancher la question. Nous leur abandonnons le soin de le faire avec le temps.

(*Gazette médicale de Strasbourg*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Séance du 3 *novembre* 1881.—*Présidence de* M. le Dr Strohl.

HYSTÉRECTOMIE TOTALE POUR FIBROMYOME DE L'UTÉRUS.

Par M. J. Bœckel.

Comme base de cette communication, M. J. Bœckel présente une femme de 46 ans, à laquelle il a pratiqué, il y a six semaines, l'extirpation totale de la matrice, moins 1 centimètre du col, pour une tumeur fibro-myomateuse développée dans sa paroi postérieure. Cette tumeur, que la malade portait depuis trois ans, s'était accrue depuis un an au point de remplir à peu près toute la cavité abdominale et de dépasser l'ombilic de deux travers de doigt. Comme elle avait donné lieu dans les derniers mois à de fréquentes et fortes hémorrhagies (la dernière avait duré six semaines sans discontinuer), que la malade dépérissait visiblement, que les douleurs qu'elle ressentait étaient devenues intolérables, M. J. Bœckel, sollicité à différentes reprises par sa cliente, se décida à l'en débarrasser par la laparo-hystérectomie. L'ovaire et la trompe du côté gauche furent enlevés avec la matrice ; un double fil de catgut avait servi à lier les vaisseaux. Continuant la dissection à l'aide du bistouri et des ciseaux et liant les vaisseaux utérins au fur et à mesure qu'ils se présentaient, M. Bœckel — et c'est là surtout ce qu'il désire faire ressortir de son observation — sectionna le pédicule, constitué par la portion sus-vaginale du col, avec des ciseaux, au ras du va-

gin. Il s'attendait à voir couler du sang ; tout était prêt pour pratiquer l'hémostase. Eh bien, cette section s'opéra presque à sec ; aussi ne dut-on pas faire une seule ligature.

Le pédicule fut réduit dans l'abdomen et l'opération achevée par la suture des parois et par le drainage de l'angle inférieur de la plaie.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; le tube fut supprimé dès le deuxième jour ; le cinquième, l'opérée eut une première selle. La réunion se fit par première intention, sauf l'angle inférieur où avait séjourné le tube.

Aujourd'hui, six semaines après, la guérison est complète, comme le prouve la malade, qui est présentée à la Société.

Sa tumeur pesait 2 kil. 130 gr.

(*Société médicale de Strasbourg*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS.

Séance du 16 *Mai* 1883. — *Présidence de* M. Brébant.

M. H. Henrot présente, au nom de M. le Dr Troyon, de Rethel, deux fœtus expulsés dernièrement par une femme de 41 ans, déjà mère de douze enfants. L'un de ces fœtus paraît âgé d'environ 5 mois, tandis que l'autre n'a guère qu'une dizaine de centimètres de longueur.

Au 3e mois de la grossesse, cette femme avait perdu un peu de sang; à ce moment il y a eu des rapports sexuels, et M. Troyon se demande s'il ne s'est pas produit alors une nouvelle fécondation, si, en un mot, on n'est pas en présence d'un cas de superfétation.

Les membres de la Société sont d'accord pour voir, dans ce cas, non pas un exemple du développement successif de deux embryons, mais un fait qui prouve qu'un fœtus mort peut séjourner pendant assez longtemps dans l'utérus sans subir de modifications importantes, et sans que son co-jumeau en souffre beaucoup. Il semble évident, en effet, que le plus petit des deux fœtus a cessé de vivre depuis longtemps déjà : il est ratatiné sur lui-même et sa peau a pris une teinte bistre foncé. Ne pourrait-on pas, fait remarquer M. Meunier, admettre que la petite hémorrhagie signalée dans l'observation a coïncidé avec la mort

de l'un des jumeaux, et qu'il s'est produit alors une tentative d'avortement, dont l'écoulement sanguin était le symptôme.

REVUE DE LA PRESSE

—

DYSMÉNORRHÉE PAR HYPÉRESTHÉSIE DE LA MEMBRANE HYMEN.

Par le docteur WATTS.

Réglée depuis l'âge de 12 ans, la malade, qui a 19 ans, éprouvait des douleurs périnéales, de la céphalagie et des troubles digestifs au moment des règles. Celles-ci duraient pendant dix jours et les phénomènes douloureux disparaissaient avec la cessation des règles.

Il n'existait pas de vaginisme; l'orifice hyménial était normal, mais le plus léger contact sur cette membrane provoquait d'intenses douleurs. Pendant la période menstruelle, la voix se modifiait et les troubles de phonation étaient tels que la malade ne pouvait chanter.

Dans la discussion dont cette communication fut l'objet, devant la Société obstétricale de New-York (7 mars 1882), les docteurs Foster et Watts ont expliqué les troubles nerveux réflexes par l'irritation de l'hymen hypéresthésique au contact du liquide cataménial. Il se produirait alors un spasme vaginal, sorte de vaginisme, faisant obstacle à l'écoulement menstruel. (*New-York med. Journ.*, p. 170, 2 août 1882.)

(*L'Union médicale*).

STÉATOPYGIE ET TABLIER DES HOTTENTOTES.

Par le Dr BLANCHARD.

On sait que la stéatopygie est constituée par le développement de masses graisseuses énormes superposées aux muscles fessiers. Cette disposition, qui existe à divers degrés chez les Hottentotes, est constante chez les Boschimanes. D'après l'auteur, il s'agirait là d'une simple hypertrophie du pannicule graisseux, ne présentant aucune analogie avec les callosités fessières des grands singes, comme l'ont prétendu quelques zoologistes.

Quant au *tablier*, on sait parfaitement aujourd'hui qu'il est constitué par une hypertrophie des petites lèvres, hypertrophie qui, chez les Boschimanes, peut atteindre 15 à 18 centimètres. On trouverait, d'après l'auteur, à l'orifice de la vulve des femelles des anthropoïdes, une disposition analogue, ce qui établirait, entre l'espèce humaine et la race simienne, un nouveau point de ressemblance.

(*Le Médecin-Praticien*).

UNE JEUNE FEMME PRÉCOCE.

A Charleville (Ardennes), une jeune femme de 16 ans et demi vient d'accoucher de deux enfants se tenant depuis les épaules jusqu'aux reins et possédant trois têtes, trois bras et quatre jambes, des cheveux et des dents.

Les nouveau-nés sont morts une demi-heure après l'accouchement.

(*Journal des Sages-Femmes*).

ANALYSES DE 208 CAS DE SECTIONS ABDOMINALES PRATIQUÉES DU 1er MARS AU 31 DÉCEMBRE 1881.

Le docteur Lawson-Tait, chirurgien à Birmingham and Midland Hospital for Women, donne les chiffres suivants : Incisions exploratrices, 13 cas, aucune mort. — Opérations incomplètes, 8 cas, 4 morts. — Opérations pour les kystes : un seul ovaire, 36 cas ; les 2 ovaires, 28 ; kystes parovariens, 12 ; hydropisies de la trompe, 16 ; kystes purulents de la trompe, 20 ; en tout 112 cas, 8 morts. — Ablation des annexes de l'utérus : pour myome, 26 cas ; pour ovarite chronique, 12 ; pour épilepsie menstruelle, 1 ; en tout 39 cas, 5 morts. — Hépatotomie pour hydatides, 2 cas ; hydatides du péritoine, 2 cas ; cholécystotomie pour calculs biliaires, 2 ; cure radicale de la hernie, 1 ; néphrotomie pour hydatides, 1 ; néphrectomie, 1 ; obstruction intestinale, 1 ; tumeurs solides de l'ovaire, 3 ; hystérectomie pour myome, 10 ; kystes d'origine inconnue, 1 ; tumeurs de l'épiploon, 1 ; abcès pelviens ouverts et drainés, 7 ; péritonite chronique, 4 ; en tout 36 cas, 4 morts. Total 208 cas, 16 morts. Ces opérations n'ont pas été faites sous le spray phéniqué.

L'Union médicale.)

PHÉNOMÈNES RÉFLEXES CONSÉCUTIFS AUX DÉVIATIONS UTÉRINES. LEUR TRAITEMENT PAR L'ANNEAU-PESSAIRE.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* connaissent l'ingénieux appareil de contention de l'utérus imaginé par M. Dumontpallier et les bons résultats de son application dans un bon nombre de cas de déviations utérines de diverses sortes et de divers degrés.

Ils se rappellent sans doute ce pessaire composé de spirales de ressort de montre recouverts de caoutchouc, si légers, si souples et si élastiques qui, quelle qu'ait été la forme qu'on leur a donnée par la pression pour en faciliter l'introduction, reviennent toujours par leur élasticité propre à leur forme circulaire primitive et s'adaptent si facilement aux parties avec lesquelles on les met en contact, sans que jamais celles-ci puissent en être blessées (voir la *Gazette des hôpitaux* de l'année 1876). Les faits rapportés dans cet article avaient particulièrement pour objet de faire connaître les résultats immédiats de l'application de l'anneau-pessaire sur le redressement des déviations et sur la disparition de leurs symptômes locaux. Le double fait de l'influence des déviations utérines sur la manifestation d'un certain nombre de phénomènes nerveux réflexes et de la disparition de ces mêmes phénomènes par l'action seule du redressement des déviations n'avait certainement pas échappé à l'attention de M. Dumontpallier, qui l'avait déjà signalé dans ce premier travail et qui en a fait même depuis le sujet de deux conférences professées dans l'amphithéâtre de M. Lasègue à la Pitié, en 1877. Mais ce point intéressant de gynécologie méritait d'être repris et étudié à nouveau d'une manière spéciale. C'est là la tâche que s'est proposée un ancien élève de M. Dumontpallier, M. le docteur Eugène Forfer.

Les accidents réflexes symptomatiques des déviations utérines que M. Eugène Forfer a eu l'occasion d'observer sur les malades du service de M. Dumontpallier sont : un cas de névralgie iléo-lombaire, provoquée par une procidence de la matrice ; deux cas de névralgies faciales chez des femmes atteintes, l'une de rétroversion utérine, l'autre d'une simple rétroversion ; un cas de parésie des membres inférieurs, avec douleurs dans les reins, chez une femme atteinte d'un prolapsus ; une paraplégie résultant d'une rétroversion ; un cas de parésie des quatre membres, accompagnée de douleurs dans les reins et dans le dos, dépendant d'une rétroversion ; un cas de paralysie de

la vessie chez une femme qui avait à la fois un abaissement de l'utérus au deuxième degré, avec rétroversion, et un cas de paralysie du rectum. On trouve, en outre, dans le travail de M. Forfer, une observation que M. Dumontpallier lui a communiquée et qui est relative à un cas de vaginisme (contracture du constricteur du vagin), accompagné de convulsions épileptiformes, le tout lié à une rétroversion.

Enfin deux exemples, l'un de troubles psychiques, l'autre d'accidents gastro-intestinaux, le premier chez une jeune femme qui n'avait qu'une simple déviation utérine, le second chez une femme atteinte d'abaissement utérin avec rétroversion, complètent la partie clinique de ce travail.

Nous ne pourrons donner ici un résumé de chacune de ces observations, il nous suffira d'en citer deux comme spécimen, l'une tirée du service de M. Dumontpallier, l'autre observée à l'Hôtel-Dieu du Mans.

Voici le fait du service de M. Dumontpallier.

Une femme de cinquante-huit ans se présente à la consultation de la Pitié. Il y a dix-huit ans, à la suite d'une couche pénible, l'utérus s'abaissa progressivement, et, cinq ou six mois après, le col utérin avait franchi la vulve. Depuis cette époque, la malade se plaint de douleurs dans les reins et dans la jambe droite, et surtout d'une faiblesse des membres inférieurs telle qu'elle peut à peine se soutenir et marcher. Elle usa de plusieurs pessaires sans pouvoir les supporter. M. Dumontpallier lui appliqua son anneau qui fit disparaître presque instantanément les douleurs ; la parésie des membres inférieurs dura quelques jours encore. La malade conserva pendant dix-huit mois son pessaire, sans en être incommodée ; elle put l'enlever ensuite et le prolapsus ne se reproduisit plus.

Si les douleurs de la jambe droite peuvent être rapportées à la compression du plexus sacré, la parésie des deux membres ne pouvait évidemment ici être attribuée qu'à une action réflexe.

Voici maintenant l'autre fait :

Une femme de trente-quatre ans, dont la santé a toujours été excellente jusqu'à sa première couche, qui a eu lieu il y a cinq ans, entre en juillet 1882 dans le service de M. le docteur Lejeune à l'Hôtel-Dieu du Mans. Dix jours après son accouchement, elle avait ressenti, pour la première fois, de la douleur dans la région hypogastrique, où l'on sentait une tuméfaction très probablement produite par l'utérus non revenu sur lui-même. Les douleurs s'accentuèrent davantage, la

miction devint difficile, les selles pénibles. Peu à peu le développement des accidents nerveux fut d'une intensité telle que la malade dut cesser ses occupations. Elle se plaignait de douleurs vives occupant la moitié gauche de la tête et de la face, particulièrement au niveau des trous sous-orbitaires et mentonniers. Cette partie de la face, au moment des accès, devenait chaude, rouge ; sa joue enflait ; l'œil du même côté présentait tous les signes d'une vive injection vasculaire. Les douleurs diminuaient pendant le séjour au lit, elles augmentaient dès que la malade se levait et agissait. Son caractère était modifié ; de calme et égal, il était devenu irritable, capricieux, colère. Enfin, dans les derniers temps, aux douleurs névralgiques étaient venues se joindre des crampes dans les jambes et dans les bras, et des sensations de fourmillements dans les mains et les pieds. Les douleurs de reins et celles du bas-ventre étaient quelquefois telles qu'elle était obligée de « marcher en double », suivant sa propre expression.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, M. Forfer l'ayant examinée, constata l'existence d'un prolapsus au second degré. Il appliqua un anneau n° 6, et, environ une dizaine de jours après, cette femme put quitter l'hôpital ; les symptômes locaux, ainsi que les accès d'hémicrânie et de névralgie faciale avaient cessé. M. Forfer a revu cette femme depuis et il a pu s'assurer que la guérison s'était maintenue.

Ces faits, joints à ceux qui sont rapportés dans le compte rendu clinique de 1876 et à ceux que M. Dumontpallier a rappelés dans ses conférences de la Pitié en 1877, viennent une fois de plus prouver l'efficacité de l'anneau-pessaire pour le redressement et la guérison de la plupart des déviations utérines, et démontrer, en outre, par leur cessation même sous l'influence de ce redressement, la réalité des actions réflexes ou sympathiques de ces affections, que plus d'une fois on n'avait considérées que comme des coïncidences ou des symptômes d'hystérie ou de toute autre névrose de ce genre.

(*Gazette des Hôpitaux*).

LE PALPER ABDOMINAL PEUT-IL AIDER AU DIAGNOSTIC DE LA MORT ?

Par le Dr Paolo Negri.

On peut répondre affirmativement si certaines conditions sont remplies. Il est nécessaire que *la mort remonte à quelque temps*; que la *macération du fœtus soit déjà avancée.*

L'auteur, après avoir rappelé l'opinion des accoucheurs et cité la page du traité sur le palper abdominal de M. Pinard, ayant trait à cette question, donne les deux observations suivantes :

Observation I. — Primipare, âgée de vingt ans, entrée à la Maternité de Milan le 26 avril 1880. Antécédents : à douze ans, fièvre gastrique ; à treize ans, érysipèle de la face ; à quinze ans, catarrhe bronchique ; à dix-sept, angine, et à dix-neuf, nouveau catarrhe bronchique ; réglée pour la première fois à treize ans. Dernières règles au commencement de septembre ; pendant le séjour de la malade à l'hôpital, une bronchite l'oblige à garder le lit au commencement de mai.

L'examen fait constater une grossesse, fœtus vivant, bassin vicié, plat ; diam. : 96 mil., présentation du sommet (29 avril).

Le 30 juin, l'auscultation ne permet plus d'entendre les battements du cœur fœtal ; la palpation abdominale laisse sentir, immédiatement au-dessus du pubis, une partie fœtale qui rappelle la tête ; lorsque l'on presse avec les deux mains sur cette partie, on arrive facilement à produire une *crépitation sensible* ; ce signe, perçu nettement, fit inscrire sur la feuille clinique *fœtus mort*, mais avec un point d'interrogation (?).

Le 4 juillet, la femme accouche (période de dilatation 21 h. ; période d'expulsion 30 min. ; rupture spontannée des membranes, la dilatation étant complète) d'une fille du poids de 2 kilogrammes ; le fœtus est macéré ; l'épiderme est détaché ; les tissus offrent une coloration rouge-sombre et sont friables (fœtus sanguinolentus).

La tête est convertie en une poche dans laquelle se déplacent les os du crâne ; la substance cérébrale est réduite en une bouillie semblable à de la lie de vin.

Dans la cavité thoracique, les poumons, d'un petit volume, rouge-sombre, nagent dans une quantité abondante d'un liquide séro-sanguinolent. Le cœur n'offre rien à noter. Dans la cavité péritonéale, une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent. Le foie et la rate sont ramollis ; l'utérus est petit, mou. Le placenta présente une dégénérescence fibro-graisseuse prononcée. — Couches absolument apyrétiques ; hémorrhagie utérine 8e et 11e jour. L'accouchée quitte l'hospice complètement rétablie le 19 juillet 1880.

Observation II. — Femme de trente-trois ans, entrée à la Maternité le 11 juillet 1882 ; réglée pour la première fois à douze ans, et depuis cette époque toujours exactement. Première grossesse en 1878 ;

accouchement normal, enfant vivant et à terme ; paramétrite pendant les couches.

Le docteur Negri voit cette femme pour la première fois le 18 juillet ; le travail est déjà commencé. L'examen de l'abdomen montre l'utérus de forme ovoïde, à grand diamètre longitudinal. Le palper abdominal laisse sentir, au niveau du détroit supérieur, une partie volumineuse, mais qui ne présente pas les caractères de l'extrémité céphalique ; une surface plane en rapport avec le bord droit de l'utérus; et au fond *de l'utérus, à droite*, un corps arrondi qui à la pression (palper entre deux contractions utérines) fait percevoir nettement une crépitation analogue à celle perçue dans le cas précédent : *sensation de tête macérée.*

On ne perçoit pas les battements du cœur fœtal ; souffle utérin dans le quart inférieur gauche ; par le toucher on reconnaît l'effacement du col ; dilatation de l'orifice de 4 cent. environ ; membranes intactes ; la partie qui se présente est haute, fuit sous le doigt, rappelle à l'esprit les caractères de l'ovoïde podalique.

Bassin bien conformé.

De l'ensemble des signes recueillis, il résultait qu'on se trouvait en présence d'une présentation de l'extrémité pelvienne, dos à droite, et que le fœtus était macéré.

L'accouchement se termina après une période de dilatation de 17 h. 45 m. et une période d'expulsion de 15 m. Il fut nécessaire de rompre les membranes lorsque la dilatation complète fut obtenue.

Présentation du siège : S. I. D. P. Fœtus mâle du poids de 2380 gr. et macéré.

La tête fœtale conservait encore sa forme, *mais les os étaient en voie de dissociation* ; en comprimant la tête on ressentait des sensations identiques à celles perçues alors que le fœtus était encore dans la matrice. Le placenta volumineux n'offrait rien de particulier.

(*Annali di ostetricia* et *Gazette médicale de Paris*).

DE LA BLENNORRHAGIE LOCALISÉE CHEZ LA FEMME.

Dans un travail intéressant sur ce sujet, le Dr Boutin rapporte trente-cinq observations prises à Lourcine, salle Saint-Alexis, mais il oublie de dire le nom du chef de service où ces faits ont été recueillis. C'est un tort. Les faits appartiennent au médecin chef de service et l'élève que l'on admet à suivre la visite n'a pas le droit de rien

publier sans l'autorisation du médecin, d'autant plus que c'est de la bouche du chef qu'il apprend le diagnostic et le traitement. Beaucoup d'élèves s'approprient ainsi pour la Société anatomique, clinique et autres des observations que les médecins peuvent avoir l'intention d'utiliser eux-mêmes, et c'est une manière de faire qui me paraît peu convenable.

Après cette réserve sur l'origine des observations du travail de M. Boutin, nous allons en donner les conclusions :

1° La blennorrhagie chez la femme a une tendance marquée à se localiser en certains points bien déterminés de la vulve ou du vagin, soit primitivement, soit lorsque la poussée inflammatoire du début s'est amendée.

2° D'une façon générale, la blennorrhagie se localise dans les glandes de l'appareil génital.

3° La blennorrhagie peut se localiser uniquement à la vulve. C'est la vulvite blennorrhagique.

4° Mais elle peut offrir des localisations plus intimes, et se retirer dans les *glandes de Bartholin*, dans les *follicules préuréthraux*, ou dans *les glandes disséminées* au niveau des petites lèvres de la fourchette.

5° La *bartholinite blennorrhagique* est fréquente. Elle peut offrir les formes suivantes :

Forme aiguë se terminant par résolution ou induration, rarement par suppuration.

Forme suraiguë suppurant fatalement. Alors la bartholinite blennorrhagique se complique d'une péribartholinite phlegmoneuse. Le pus péri-glandulaire n'est pas blennorrhagique, tandis que le pus intra-glandulaire offre tous les caractères du pus blennorrhagique.

Forme chronique. Ici l'inflammation occupe le corps de la glande; il y a alors chances de complication de péri-bartholinite, et de contagion. Ou bien l'inflammation est localisée au conduit excréteur, et ces chances existent à leur minimum. Mais l'inflammation a une tendance naturelle à envahir le corps de la glande.

6° La folliculite pré uréthrale peut être :

Simple, et elle offre des symptômes cliniques très nets.

Hypertrophique. Alors elle devient le point de départ de beaucoup de polypes uréthraux.

7° La blennorrhagie peut se localiser dans les glandes des petites lèvres, ou, sous forme de plaques, dans une ou plusieurs glandes vulvaires situées au niveau de la fourchette.

8° Tous ces points de localisation de la blennorrhagie peuvent s'ulcérer sous l'influence de l'inflammation et alors devenir une porte d'entrée pour le virus chancreux ou syphilitique.

9° La blennorrhagie peut se localiser, lorsqu'elle occupe le vagin : *aux culs-de-sac*, *aux replis* qu'on observe au niveau de la muqueuse, au *col utérin*, à la *cavité utérine* elle-même. Dans ces deux derniers cas, elle se complique très fréquemment d'accidents périutérins, par l'intermédiaire d'une lymphangite et d'une adénite juxta-utérine (adéno-lymphite) qui amènent surtout l'adéno-pelvi péritonite.

10°. Il est rare que la blennorrhagie se localise *au rectum*. Cependant on observe ce fait surtout chez la femme.

11° Il est important de reconnaître la blennorrhagie localisée de la femme, et de ne pas la confondre avec les dermatoses, telles que l'*herpès* ou le *zona*. Il faut différencier la bartholinite blennorrhagique de la *bartholinite traumatique*, des *kystes* de la glande vulvo-vaginale.

De même, il faut distinguer la folliculite préuréthrale des *végétations inflammatoires*, et la vulvite blennorrhagique de la *vulvite simple*.

Le médecin aussi doit savoir rapporter à sa cause véritable une *métrite blennorrhagique*.

12° Le pronostic doit comporter deux facteurs :

A. La malade par le fait de la blennorrhagie localisée est sujette à des poussées aiguës graves.

B. Elle peut devenir contagieuse, si une circonstance quelconque réveille l'inflammation chronique, et amène un état purulent ou puriforme même minime.

13°. Pour guérir radicalement la malade, il faut après la sédation des symptômes aigus, modifier les points enflammés, par des cautérisations énergiques, aller même jusqu'à inciser la glande de Bartholin et la faire suppurer, si elle est le siège de la localisation de la blennorrhagie.

Comme on le voit, cette manière d'envisager la blennorrhagie chez la femme est très intéressante, de même que les considérations thérapeutiques qui s'y rattachent. Seulement, si M. Boutin a appris tous ces détails chez un médecin de Lourcine, il eût été juste d'en faire connaître le nom.

(*Paris médical*).

FISTULES GÉNITO-URINAIRES. — CLINIQUE DE L'HÔPITAL NECKER.

M. le Professeur TRÉLAT.

Je désire vous entretenir aujourd'hui de deux malades atteintes toutes deux, et d'une manière différente, d'une variété rare de fistules génito-urinaires ; leur histoire, fort instructive à tous égards, est surtout intéressante lorsqu'on se place au point de vue de considérations de médecine opératoire qui sont applicables à leur infirmité.

Notre première malade est une femme de vingt-deux ans, grosse et grasse , offrant tous les caractères extérieurs d'une santé florissante, qui, l'année dernière, devint enceinte pour la première fois, et accoucha au mois de février d'un enfant mort-né. L'accouchement fut pénible et lent, et les suites de couches furent des plus sérieuses puisque, nous dit la malade, elle dut garder le lit trois mois. Parmi les symptômes qui la frappèrent pendant ces trois mois, elle attire surtout notre attention sur les deux suivants. Quinze jours après sa délivrance elle constatait sur toutes les surfaces de son corps une éruption confluente caractéristique qui, disons-le de suite, était de nature syphilitique, et trois ou quatre jours après cette éruption, elle s'apercevait que ses urines coulaient par le vagin.

Lorsqu'elle quitta le lit, elle était bien loin d'être guérie, et c'est ainsi que le 23 juin elle vint nous trouver. Sa situation, à ce moment, était véritablement horrible. Ses organes génitaux étaient littéralement couverts de plaques muqueuses dans l'interstice desquelles venait s'épancher et stagner l'urine qui sortait toujours par le vagin ; il s'échappait du mélange de cette urine décomposée et du liquide sécrété par les plaques muqueuses, une odeur d'une fétidité repoussante. Il va sans dire que notre premier soin fut de traiter ces plaques muqueuses par des bains simples, des bains de sublimé, des lotions locales, un traitement spécifique, etc.

Peu de temps après, notre malade étant dans un état relativement satisfaisant, nous pûmes pratiquer un premier examen des organes génitaux internes, faire quelques recherches préliminaires. Nous constatâmes immédiatement ce premier fait, que l'urèthre était imperméable à quatre centimètres de son embouchure, et que le vagin était occupé par une bride cicatricielle assez étendue ; c'était derrière cette bride que se trouvait la fistule par laquelle s'échappait l'urine. Notre diagnostic provisoire fut alors fistule vésico-vaginale assez étendue, urèthre oblitéré par une cicatrice large et épaisse.

Comme à cette époque, qui correspondait au moment des vacances, le vagin, la vulve, l'urèthre étaient encore rouges, enflammés, douloureux, nous arrêtâmes là nos investigations, nous proposant de laisser la malade au traitement médical encore pendant deux ou trois mois.

Les vacances finies, la malade se trouvait, en effet, suffisamment améliorée pour qu'on pût s'occuper d'elle, et je renouvelai mon examen. Une première difficulté s'offrit à nous : c'était cette cicatrice dont je viens de vous parler, qui formait une bride transversale, rétrécissant le vagin au point de rendre impossible l'exploration des parties situées en arrière d'elle.

Il fallait, avant tout, remédier aux inconvénients résultant de la présence de cette bride ; pour cela, je l'incisai dans toute sa hauteur et je fis dilater journellement le vagin, à l'aide de boules calibrées spécialement destinées à cet usage. Ce premier temps opératoire présenta quelques difficultés, mais enfin nous arrivâmes au but que nous nous proposions et, le 9 décembre dernier, il nous fut possible de compléter nos premiers examens.

L'examen au spéculum nous fit voir l'incision que j'avais faite, aplatie, écartée, présentant une large brèche, par laquelle nous pouvions plonger le regard jusqu'à la fistule. Nous fûmes immédiatement frappés de ce fait, que la perte de substance que nous supposions considérable se présentait, au contraire, sous l'aspect d'un petit orifice de la grosseur d'une plume d'oie, entouré d'une auréole rouge, enflammée. Quant à l'urèthre, nous pûmes constater à nouveau son imperforation.

En présence de ces particularités, je songeai immédiatement à un cas analogue présenté à la Société de chirurgie, il y a quelque vingt ans, par l'un de nos confrères de province les plus distingués, M. le docteur Duboué, de Pau. La malade de M. Deboué avait eu, à la suite d'un accouchement, une escharre ayant déterminé une large fistule vésico-vaginale, et le travail de cicatrisation qui suivit la chute de l'escharre avait oblitéré l'urèthre dans sa partie profonde. Pour remédier à cette oblitération, M. Deboué imagina un petit appareil fort ingénieux composé de deux branches parallèles et mobiles l'une sur l'autre. Une de ces branches, munie d'une cupule, était introduite par le vagin et la fistule de façon à ce que la cupule corresponde exactement à la portion vésicale du cul-de-sac uréthral ; la seconde branche, à extrémité mousse, était introduite par l'urèthre et venait presser le fond du cul-de-sac contre la cupule de la

première branche. Cette pression, cet écrasement continué deux ou trois jours ouvrit le cul-de-sac, rétablit ainsi la perméabilité de l'urèthre, et le chirurgien se trouva dès lors en présence d'une fistule vésico-vaginale ordinaire.

Je pensais à imiter la conduite de M. Duboué, lorsque je constatai un phénomène très important qui établissait une différence capitale entre nos deux malades. Ma malade, en effet, conservait ses urines, non seulement quand elle était couchée, ce qui est assez fréquent à la suite des fistules vésico-vaginales, mais même quand elle était debout ; elle urinait à volonté, ainsi que nous en eûmes la démonstration, en l'engageant à faire des efforts de miction pendant l'examen au spéculum.

Dès lors, il n'y avait aucun doute à avoir ; l'escarre produite par le passage de la tête fœtale avait sectionné l'urèthre au delà du col vésical et celui-ci avait été respecté. C'est là un cas extrêmement rare, tellement rare que je n'en connais pas du même genre.

Quoi qu'il en soit, voici la conduite que je vais tenir :

J'aviverai le pourtour de l'orifice vésical avec le plus grand soin, afin de ménager le sphincter vésical, dont la présence est, pour la malade, une circonstance des plus heureuses. J'aviverai ensuite la partie qui correspond au cul-de-sac uréthral, en ayant soin d'enlever, chemin faisant, la paroi qui ferme ce cul-de-sac et qui est la cause de l'imperforation uréthrale. J'obtiendrai ainsi deux surfaces avivées de forme circulaire, et tangeantes dans une certaine étendue. Je passerai alors un cathéter dans l'urèthre et la vessie et j'appliquerai, l'une sur l'autre, les deux surfaces cruentées, en me servant de leur partie tangeante comme charnière. Il ne me restera plus qu'à maintenir les tissus dans cette position, au moyen de sutures à points séparés, analogues à la suture de Lambert pour l'intestin.

Cette opération réussira-t-elle ? Je n'en sais rien ; mais ce qui est certain, c'est qu'elle est rationnelle, qu'elle peut réussir, et que, s'il en est ainsi, elle rendra un service signalé à la malade. Par contre, si elle échoue, l'état de cette femme ne sera nullement modifié, grâce à la précaution que j'aurai prise de ménager le col vésical, et comme je ne me sens pas disposé à renouveler ma tentative, je renverrai alors la malade en me bornant à lui conseiller certains moyens palliatifs : ils atténueront, je l'espère, d'une manière très suffisante, les inconvénients resultant de cette infirmité qui, quelque désagréable qu'elle

soit est, en somme, bien loin d'être aussi gênante que la véritable fistule vésico-vaginale.

Notre seconde malade est non moins intéressante et plus riche d'espérance de succès.

C'est une grosse femme vigoureuse de vingt-sept ans, mariée depuis quatre ans et demi et qui a accouché pour la première fois en 1878 d'un enfant mort-né. Depuis cette époque, elle a eu une fausse couche et est accouchée deux fois encore d'un enfant mort-né ; son dernier accouchement est du mois de mars 1882.

Cette série d'accouchements d'enfants mort-nés n'est pas une chose normale, et nous avons pensé immédiatement à la possibilité d'une syphilis dont il nous a d'ailleurs été impossible de trouver une trace. C'est là, vous ne l'ignorez pas, la première chose à laquelle il faille songer en pareille circonstance, et l'on connaît des exemples de femmes qui n'ont pu accoucher d'enfants vivants, qu'après l'administration longtemps prolongée d'un traitement antisyphilitique.

Mais ce qui nous intéresse surtout, c'est que tous ces accouchements ont été difficiles, malgré l'absence de toute espèce de rétrécissement du côté du bassin. Le dernier accouchement a été particulièrement pénible, l'enfant était volumineux et l'on a dû appliquer le forceps. Neuf jours après cet accouchement, la malade s'est aperçue qu'elle rendait ses urines goutte à goutte par le vagin, et cet écoulement persiste encore à l'heure actuelle. Il se produit surtout lorsque la malade est debout. Les règles sont revenues au bout de deux mois et depuis elles se sont montrées régulièrement.

La malade entra à l'hôpital, le 4 novembre, environ six mois après son accouchement. Son vagin était rouge, douloureux, et je me bornai, pour le moment, à un examen superficiel qui me révéla ce fait de la plus haute importance, qu'un cathéter, introduit dans la vessie par l'urèthre, pouvait arriver au contact avec un hystéromètre introduit dans la cavité utérine. C'était donc une fistule vésico-utérine, avec conservation de la perméabilité de l'urèthre. A quelle hauteur se trouvait l'orifice utérin ? Etait-il dans la cavité utérine, ou dans le col ? Nous n'en savions rien encore.

Je laissai reposer la malade quelques jours, puis je renouvelai mon exploration à l'aide des deux cathéthers. Cette fois, je ne pus obtenir le contact, mais j'obtins un renseignement identique à celui qu'il aurait pu me fournir, en faisant une injection de lait par l'urèthre, et en constatant, au moyen du spéculum, que ce liquide sortait par l'o-

rifice utérin. Mon premier diagnostic se trouvait donc confirmé par ce mode d'exploration, qui me révéla une autre particularité très importante, à savoir que la vessie était restée dilatable, malgré l'impossibilité dans laquelle se trouvait la malade de conserver ses urines. En effet, lorsque l'on oblitérait l'orifice du col, en même temps que l'on faisait l'injection, le liquide s'accumulait dans la vessie d'où il s'échappait en jet, aussitôt que l'on cessait l'occlusion utérine.

Toutefois, nous continuions à rester indécis relativement au siège exact de la fistule. Afin de nous fixer à cet égard, je commençai par dilater l'urèthre à l'aide du dilatateur de Busch, qui n'est autre qu'un instrument formé de trois branches parallèles, susceptibles de s'écarter après leur introduction dans l'urèthre. L'urèthre dilaté, j'introduisis l'index gauche dans la vessie, tandis que mon index droit pénétrait dans l'utérus. Les deux extrémités de ces doigts ne tardèrent pas à se rencontrer, et, par de légers mouvements, j'arrivai à me rendre un compte très exact de l'état anatomique des parties. La fistule, allongée dans le sens transversal, pouvait avoir 6 à 7 millimètres de hauteur et 12 à 14 millimètres de longueur : elle siégeait environ à 2 centimètres au-dessus du museau de tanche, à peu près à la réunion du col et du corps utérins, et l'on pouvait lui donner le nom de fistule hystéro-cervico-vésicale, variété rare de fistule génito-urinaire, moins rare cependant que la variété dont je vous parlais tout à l'heure.

Si j'ajoute que l'orifice anormal pouvait être vu, lorsqu'on abaissait fortement en les écartant les deux lèvres du col, je vous aurai fait connaître tous les détails que j'ai pu constater sur notre malade et qui vont servir de base pour la solution de la question thérapeutique qu'il me reste maintenant à examiner.

On a proposé contre ces fistules deux méthodes qui comportent trois procédés.

Les anciens chirurgiens n'avaient qu'une manière de guérir ces malades, c'est la méthode préconisée et employée par Jobert de Lamballe, et qui consiste à fermer l'orifice externe de l'utérus en avivant les lèvres de son col et les réunissant au moyen de points de suture. Cette opération a été désignée en Allemagne sous le nom d'hystérokleisis ; je me contenterai de la désigner sous le nom de suture du col. Elle donne un bon résultat, en ce sens que l'urine ne sort plus de l'utérus et qu'elle est maintenue dans la vessie, absolument comme cela avait lieu pour le lait injecté, lorsque nous bouchions le museau

de tanche. La guérison est complète, en ce sens que l'infirmité dont se plaint la malade disparaît, mais cette guérison offre des inconvénients sérieux dont il y a lieu de tenir compte.

C'est d'abord la stérilité absolue, définitive de la femme ; en second lieu, à l'époque des règles, le sang qui doit s'écouler par l'urèthre en même temps que l'urine, éprouve des difficultés pour passer dans la vessie, et il en résulte des coliques épouvantables, surtout lorsque, comme chez notre malade, la fistule est petite. Peut-être me direz-vous que chez la femme la mieux conformée l'orifice utérin est toujours petit, plus petit même que notre fistule, et que cela ne présente pas d'inconvénients. Cette apparente anomalie s'explique facilement ; il suffit de se rappeler que l'orifice normal est dirigé dans le sens de la progression du liquide menstruel, tandis que la fistule est perpendiculaire au sens de ce courant et que les lèvres de la fistule ont quelquefois la plus grande tendance à se recouvrir l'une l'autre, de façon à former en quelque sorte soupape.

Mais ce n'est pas tout ; il y a un autre inconvénient, plus sérieux peut-être que le précédent : l'utérus est contractile même à l'état de vacuité, et par ses contractions incessantes qui ont leur maximum au moment des règles, il désunit peu à peu et finit par détruire complètement l'adhérence salutaire obtenue artificiellement entre les lèvres du col. L'opération dès lors est à recommencer.

Pour remédier à cet état de choses, on a cherché et on a imaginé deux procédés que comporte la même méthode : l'occlusion directe des lèvres de la fistule.

Nous avons d'abord le procédé d'Emmet. Cet auteur pense qu'à l'origine la fistule est vésico-vagino-utérine, et que c'est par suite du travail de cicatrisation qui suit la chute de l'escharre qu'elle devient vésico-utérine ; en conséquence, la première chose à faire pour guérir cette fistule, c'est d'abord et avant tout de la rétablir dans son état primitif. Quoi qu'il en soit de cette théorie, dont je ne veux pas me porter garant, Emmet traite ses fistules vésico-utérines de la manière suivante :

Par une incision verticale, qui part de la fistule et se dirige vers la vulve, il fend, dans sa hauteur, la région vésico-utérine jusqu'au vagin ; puis, les bords de l'incision et de la fistule étant avivés, on les suture, comme lorsqu'il s'agit d'une fistule vésico-vaginale. L'auteur aurait obtenu deux succès, grâce à cette opération.

Quel que soit le jugement que l'on porte sur la valeur de ce procédé

que l'auteur lui-même considère comme d'une exécution difficile, je crois qu'il n'est appliquable qu'aux cas où l'orifice de la fistule n'est pas trop élevé, qu'il est facilement accessible.

S'il en est autrement, si l'orifice utérin est élevé, les délabrements produits par le premier temps opératoire seraient par trop étendus.

Comme justement chez notre malade, l'orifice utérin de la fistule est à une assez grande distance du vagin, je n'ai pas songé un seul instant à imiter la conduite du chirurgien américain.

Il y a un autre procédé, plus fréquemment appliqué, qui consiste à saisir chaque lèvre du col avec une pince à griffe, à les attirer, toutes les deux en bas, à écarter la cavité cervicale d'une quantité suffisante pour avoir la fistule sous les yeux, et aviver ses bords. Cet avivement est délicat, difficile, parce que le tissu utérin est dur et résistant, il exige beaucoup d'adresse et des instruments spéciaux : lorsqu'on l'a obtenu, on accole les surfaces cruentées à l'aide de sutures implantées directement dans le tissu utérin. Ce dernier temps de l'opération exige, pour le moins, autant d'adresse et de patience que l'avivement ; les aiguilles ont de la peine à pénétrer dans l'utérus, et elles cassent d'autant plus facilement qu'il est très difficile de les manier dans l'espace très restreint que l'on a sous les yeux.

Malgré toutes ces difficultés, la chose est possible, et ce procédé compte des succès. Je dois à l'obligeance de mon collègue Budin, qui a bieu voulu faire pour moi des recherches à ce sujet, dans les recueils allemands, la relation de quatre opérations de cette nature, qui ont été suivies de succès. Ce sont les cas de Simon de Rostock, Spiegeberg, Lossen, Martin.

Je me propose d'employer ce procédé ; mais avant de le mettre à exécution, je fendrai le col par deux incisions latérales qui faciliteront l'écartement de ses lèvres. J'imiterai en cela l'exemple de Kaltenbach qui, en agissant de la sorte, a facilité dans une certaine mesure les manœuvres opératoires.

Kaltenbach signale un petit inconvénient résultant de cette manœuvre, c'est l'accolement puis la cicatrisation précoce de ces incisions préliminaires, et consécutivement une très grande difficulté lorsqu'il s'est agi de retirer le fil à suture. Il fut même obligé d'en laisser un certain nombre en place. J'espère que nous pourrons éviter ce petit inconvénient en faisant les sections latérales quelques jours avant l'opération, et en surveillant la cicatrisation des lèvres de la plaie, de façon à ce qu'elle se fasse isolément.

Il a fallu généralement de cinq à six points de suture pour maintenir au contact les bords avivés de la fistule : j'espère que j'obtiendrai un résultat suffisant avec un nombre moindre. C'est d'ailleurs là une question qui ne peut se résoudre que pendant l'opération.

(*La Semaine médicale*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE PAR LES INJECTIONS DE MORPHINE.

« Le Dr Maberly Smith rapporte plusieurs cas de succès qu'il a obtenus par ce moyen. La dose d'une injection est de 0 gr. 014 à 0 gr. 018 selon la gravité des cas. Il vaut mieux employer la simple solution de morphine plutôt que de combiner cet agent avec l'atropine ; de même qu'il est préférable de donner une pleine dose plutôt que deux petites. Après une injection, il peut survenir un abcès, si le médicament n'a pas eu le temps d'agir, mais il n'en surviendra pas d'autres pendant quelques heures, pourvu qu'on ait proportionné la dose à la gravité de l'attaque. A l'hôpital des femmes en couche de Melbourne, on n'a pas observé de cas de mort par éclampsie puerpérale, depuis qu'on a adopté ce traitement, bien que l'on se soit trouvé en présence de cas extrêmement graves et qui se seraient terminés fatalement, l'auteur en est convaincu, si l'on eût employé un autre traitement.

Cette opinion concorde avec celle que le Dr Clark a exposée dans l'*American Journal of Obstetric* de juillet 1880 ; mais l'auteur américain emploie des doses plus faibles. (*The Lancet*, 16 juillet 1881.)

(*Journal de médecine de Paris.*)

LE SULFATE DE QUININE.

La découverte du sulfate de quinine est éminemment française ; tous nos lecteurs savent qu'elle est due à Pelletier et Caventou, qui en furent récompensés par le Prix Montyon.

Après Pelletier, Delondre et Levaillant créèrent chacun une fabrique de sulfate de quinine, et plus tard, M. Armet de Lisle, réunit les trois maisons en une seule, d'où l'appellation connue de sulfate de quinine *Pelletier*, *Delondre* et *Levaillant* ou des 3 *cachets*.

MM. Armet de Lisle n'ont pas dévié de la route qui leur avait été tracée, et leur sulfate de quinine fait prime sur tous les marchés du monde, et dans toutes les Expositions ils ont toujours obtenus les plus hautes récompenses.

Les prix élevés du sulfate de quinine ont nécessairement amené sa falsification. Nous nous souvenons qu'il y a une trentaine d'années, on employait dans ce but la salicine. Plus tard est venu le chlorhydrate de cinchonine, puis actuellement le sulfate de cinchonidine, et l'on est encore sur la voie de nouveaux dérivés. Les quinquinas anglais et néerlandais ont éminemment favorisé le développement des mélanges, car ils contiennent des quantités considérables de cinchonine, de cinchonidine et seulement de 4 à 8 % de quinine, laors que les meilleures espèces de Colombie arrivent jusqu'à 20 %,

L'ancien mode d'essai du Codex est insuffisant pour reconnaître la pureté du sulfate de quinine ; il est reconnu aujourd'hui que le polarimètre donne seul des indications satisfaisantes. Malheureusement, le polarimètre n'est pas entre les mains de tous ceux qui prescrivent ou qui délivrent le sel quinique.

On a dit, pour excuser ces mélanges, qu'ils avaient avec le sulfate de quinine une parenté indéniable : même apparence, même forme cristalline, même blancheur, même poids spécifique ; mais cette parenté n'entraîne en aucune façon une même action thérapeutique. Ce serait là une erreur grossière que soutenir pareille théorie, et ce qui le prouve, c'est que la quinine injectée sous la peau de certains animaux provoque de la stupeur, tandis que la cinchonine détermine, au contraire, de véritables attaques d'épilepsie.

Un récent procès a montré, du reste et d'une façon irréfutable, combien diffère dans son action le sulfate de quinine mélangé à des sels d'alcaloïdes congénères, puisqu'on a pu administrer, sans produire le moindre accident (Hôtel-Dieu, service de M. Hérard) jusqu'à 4 grammes de ce mélange frauduleux !

Ce que nous venons de dire montre combien il est désirable que les médecins aient toujours à leur disposition du sulfate de quinine d'une pureté irréprochable. C'est afin d'éviter toute fraude, que MM. Armet de Lisle viennent d'ajouter à leur fabrication de sulfate de quinine de Pelletier celle de petites capsules composées d'une mince enveloppe de gomme, gélatine et sucre, de la grosseur d'un pois, transparentes, contenant chacune 0,10 centigrammes du sel quinique, à l'état cristallisé soyeux, et se conservant indéfiniment. L'amertume du

médicament se trouve ainsi entièrement supprimée, tout en mettant celui-ci d'une manière sûre et rapide en présence des liquides de l'estomac, grâce à la facile solubilité de l'enveloppe. Tous les médecins savent que les pilules ou dragées préparées à l'avance dans les pharmacies, traversent souvent, sans y être dissoutes, les voies digestives. Si on en croit M. Legouest, les cachets ne seraient pas eux-mêmes exempts de ce reproche.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les cas dans lesquels on peut avoir recours aux capsules de sulfate de quinine : fièvres intermittentes, fièvre typhoïde, névralgies et névroses, rhumatismes, etc., bornons-nous à rappeler que ce médicament est un antipériodique et un puissant antithermique. Chez l'homme sain, il ne produit qu'un léger abaissement de température, mais chez l'homme malade, chez le typhoïdique, par exemple, cet abaissement est, en six ou huit heures, d'un degré et demi. Il est bien entendu que pour que cet effet ait lieu, il faut employer du sulfate de quinine pur.

Disons, enfin, que les capsules de sulfate de quinine de Pelletier sont, d'après Gubler, le type des toniques névrosthéniques. A la dose de 2 à 4 capsules par jour, elles relèvent la force chez les anémiques, les chlorotiques; arrêtent les sueurs nocturnes des phtisiques et hâtent les convalescences longues et pénibles.

FORMULAIRE

—

De l'emploi de l'Aulnée (Inula Helenium) dans le traitement de la leucorrhée. (J. Chéron.)

On observe, surtout dans les grands centres de population, des jeunes filles, des femmes, dont les organes génitaux sont le siège de pertes séro-muqueuses, voire même séro-purulentes qui existent depuis l'enfance. La première atteinte s'est faite sous la forme de la vulvo-vaginite des petites filles, rebelle à la plupart des traitements, puis l'affection s'est continuée après la puberté et jusque dans la période de pleine activité sexuelle des organes génitaux, combattue avec plus ou moins de succès par un traitement général et un traitement local.

Il est avéré que certaines substances ingérées par la voie stomacale ont une action remarquable sur l'état leucorrhéique et

ce ne sont pas celles qui semblent douées de la plus grande énergie. Telles sont l'ortie blanche, la busserole (uva rusi), le marrube blanc, l'ortie brûlante, l'aulnée, etc.) Dans toute cette série, très recommandable d'ailleurs, et négligée bien à tort, l'aulnée doit occuper, à notre avis, la meilleure place.

Cette plante dont on emploie la racine seulement en infusion, teinture, extrait ou poudre, a la propriété de relever les forces en même temps qu'elle modifie l'écoulement leucorrhéique.

C'est à un stéaroptène ou essence oxygénée (l'hélénine ou camphre d'Aulnée) que cette plante doit, sans doute, les propriétés dont elle jouit.

On emploie les préparations suivantes :

Racine d'aulnée..... 12 gr.
Eau bouillante..... 150 gr.
prendre chaque matin.

Teinture d'aulnée..... 10 gr.
Julep gommeux ou vin de malaga..... 120 gr.
prendre en deux fois, avant les repas, tous les jours.

Extrait d'aulnée..... 10 gr.
en 40 pilules.
Prendre 1 à 4 pilules avant chaque repas.

De ces trois préparations, nous donnons la préférence à l'infusion, quoique les deux autres jouissent aussi d'une action incontestable.

L'aulnée agit non-seulement à l'intérieur, mais encore en applications locales, en injections 30 gr. par litre. Notre confrère, le docteur de Korab (de St Cloud), qui s'est occupé d'isoler l'Hélénine, a présenté à notre clinique une préparation d'aulnée à laquelle il a donné le nom *d'Hélénol*, dont l'action desséchante sur les muqueuses des organes génitaux est d'autant plus intéressante qu'elle est immédiate et sans causticité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le professeur Depaul qui, depuis des années, pratiquait l'enseignement de l'Obstétrique et de la Gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

L'éversion des lèvres du col utérin, leurs déchirures, l'opération d'Emmet. — Stérilité causée par la présence d'une membrane anormale située au devant du col utérin, à une distance de 75 millim. des caroncules myrtiformes.

On a fait grand bruit en gynécologie, dans ces dernières années, d'une opération imaginée par le chirurgien américain Emmet, dans le but de remédier à la déchirure cervicale, et conséquemment à l'éversion de ses bords, qui amène au dehors la muqueuse du canal cervical.

D'après Meyer Léopold, qui a fait un voyage récent en Amérique, Emmet aurait considérablement modifié sa manière d'envisager l'utilité de son opération et aurait réduit ses indications aux proportions suivantes: « L'éversion n'a lieu, dit-il, que lorsque la déchirure, allant jusque dans le tissu cellulaire qui double les culs-de-sac vaginaux, a entraîné une inflammation péri-cervicale. C'est cette paramétrite qui constitue le point essentiel de tout le mal. L'infiltration et l'induration du tissu cellulaire entraîne comme conséquence le versement des lèvres en dehors, empêche par là la guérison de la déchirure et force les deux lèvres à se cicatriser séparément. De là encore des troubles dans le col et sa muqueuse ; la portion cervicale s'hypertrophie, devient le siège d'érosion, leucorrhée cervicale profuse, ménorrhagie, dégénérescence kystique de la muqueuse, etc. Le tissu cicatriciel formé détermine une

compression sur les terminaisons nerveuses et provoque par là un grand nombre d'influences réflexes sur les organes éloignés.

Les idées d'Emmet sur l'éversion doivent arrêter un instant notre attention. « L'éversion n'a lieu, dit-il, que lorsque la déchirure va jusque dans le tissu cellulaire qui double les culs-de-sac vaginaux. »

Mais l'éversion des lèvres du col, la propulsion au dehors, l'*étalement* de la muqueuse cervicale sur les lèvres éversées, tout cela est un phénomène morbide de tous les instants, avec ou sans déchirure, avec ou sans accouchement.

Cela est si vrai, qu'il ne se fait pas une ulcération du col par un autre mécanisme (1). Chez les nullipares comme chez les femmes qui ont eu des enfants, toute ulcération du col siège sur la muqueuse du canal cervical propulsée hors de cet organe et étalée sur les lèvres du col. En un mot, l'état ulcéreux ou pseudo-ulcéreux du col résulte d'un degré plus ou moins accusé d'ectropion de la muqueuse cervicale, plus ou moins altérée, et par le travail morbide qui a déterminé sa propulsion et par le frottement de celle-ci sur le plancher vaginal.

Quant à la paramétrite dont parle Emmet, on l'observe très fréquemment, alors même qu'il n'existe qu'une lésion légère du canal cervical ; c'est plutôt une de ces périmétrites bénignes déjà décrites, dont la desquamation de la muqueuse cervicale est le point de départ.

Reste maintenant le tissu cicatriciel douloureux qui se développe parfois dans le sommet de la déchirure profonde, dans ce type d'ectropion auquel Roser a depuis longtemps donné le nom *d'ectropion cicatriciel.* Y a-t-il urgence ou même simplement nécessité, dans ce cas, à abaisser le col à la vulve, à enlever ce tissu cicatriciel et à faire une opération plastique ? Nous nous permettrons de conclure de la façon suivante :

La déchirure du col, alors qu'elle ne s'étend pas jusque dans le tissu cellulaire qui double les culs-de-sac vaginaux, ne mérite pas d'attirer l'attention du chirurgien.

(1) *Pathogénie des ulcérations du col, in Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes,* mai 1879.

Le renversement des lèvres du col, l'apparition de la muqueuse cervicale en dehors du canal, sont des phénomènes que l'on observe même en dehors de l'existence de toute déchirure. C'est le processus pathogénétique de l'altération de la muqueuse cervicale et de l'ulcération du col qui en est la conséquence, état morbide auquel on peut remédier d'une façon bien plus utile et surtout bien plus durable à l'aide de l'excision de la muqueuse et de l'ignipuncture profonde, procédés chirurgicaux qui ne font pas courir les dangers d'une opération qui nécessite l'abaissement du col à la vulve.

Dans l'ectropion cicatriciel, après guérison de la paramétrite, la destruction du tissu cicatriciel par excision et cautérisation actuelle, et l'ignipuncture profonde dans la muqueuse cervicale éversée, donnent un résultat qui vaut, au point de vue de la guérison des troubles produits dans les organes éloignés, sous l'influence de la compression, sur les terminaisons nerveuses, dont parle Emmet, celui que peut donner l'opération plastique préconisée par ce savant gynécologue.

Dans le *Britisch médical Journal*, le Dr Mapother rapporte le cas suivant : « au mois d'octobre 1878, une dame âgée de 28 ans, mariée depuis sept ans, vint le consulter, parce qu'elle n'avait pas d'enfants.

C'était une personne fort belle, d'une constitution robuste, aux seins bien développés. On trouva en travers du vagin une membrane, évidemment congénitale, à 75 millimètres au-dessus des caroncules myrtiformes. Une petite ouverture centrale laissait passer une sonde qui pénétrait dans une cavité de la largeur du vagin, en avant du col. La partie antérieure de la membrane convexe et lisse aurait pu être prise pour cet organe, cependant l'orifice ne ressemblait pas à celui du museau de tanche.

En arrière, son bord était assez épais pour permettre de supposer qu'il avait quelque rapport avec le péritoine. Il n'existait pas d'autre anomalie, et cette femme, pas plus que son mari, ne se doutait de la présence de cette membrane. On excisa celle-ci en prenant les précautions nécessaires pour ne pas léser le péritoine

et l'on mit ainsi à découvert un col normal. Aujourd'hui cette dame est à son cinquième mois de grossesse. Il est regrettable que la membrane n'ait pas été examinée, car il est possible qu'elle contenait des fibres musculaires, qui, en se contractant, ont fait l'office de sphincter et empêché les spermatozoïdes de passer par l'orifice central. »

Le cas d'une membrane obturatrice complète située en avant du col et perforée à son centre est des plus intéressants Il n'est pas rare de trouver dans le vagin une valvule en croissant, plus ou moins développée, située comme celle que signale le Dr Mapother à 7 ou 8 centimètres des caroncules myrtiformes, en avant du col. Nous en avons observé six cas, et nous étions convaincus que la chose était connue bien connue de tout le monde. Mais, en faisant des recherches dans la littérature médicale, nous voyons, au contraire, que la membrane en croissant est à peine signalée.

Dans les six cas que nous avons observés, la valvule se trouvait toujours située à peu près au même niveau, dans le vagin, en avant du col.

Dans les deux cas rapportés par M. Laroyenne, de Lyon, la valvule en forme de croissant est située en avant du col, comme dans les six cas que nous avons observés. Tous les auteurs qui parlent de cloisonnement transversal du vagin n'ont point assigné une position fixe à la cloison. D'après eux, elle peut se trouver à différentes hauteurs dans le vagin. Les deux cas de M. Laroyenne, les six cas que nous avons recueillis, forment un total de huit observations de membranes en forme de croissant situées en avant du col, au point même où le Dr Mapother a signalé la présence d'une cloison complète percée d'un orifice circulaire au centre.

L'étude du développement des organes génitaux démontre que ces membranes n'ont point une origine cicatricielle, mais bien une origine congénitale.

D'après la théorie de Rattke et Bischoff, le vagin aurait un développement indépendant de celui de l'utérus.

Au moment où l'utérus se forme par l'adossement des canaux de Muller, dit M. Courty, il se trouve entre lui et le feuillet externe du blastoderme, qui formera plus tard la vulve en se déprimant,

un véritable cloaque ou cavité commune à plusieurs organes creux ; dans ce cloaque, qui est l'aboutissant du rectum et de la vessie, des conduits de Wolff et des canaux de Muller, on voit se former une cloison qui, d'abord peu marquée, sous forme d'éperon, située à la partie supérieure, descend ensuite de haut en bas, et finit par constituer une membrane verticale et aplatie d'avant en arrière, séparant complètement l'intestin de la vessie. C'est dans cette cloison que se développe ensuite le vagin, sans qu'on puisse affirmer si sa formation marche de haut en bas ou de bas en haut ; mais ce qu'on peut avancer d'une façon certaine, c'est que ce développement dans l'intérieur de la cloison se fait par deux canaux latéraux s'abouchant en haut avec les cols utérins, terminaison des canaux de Muller et en bas avec la vulve.

On comprend, d'après cela, que le siège de la membrane persistante complète ou incomplète, se trouve au point d'abouchement des canaux de Muller et des canaux développés dans la cloison. D'une autre part, cette théorie explique l'existence de cette membrane signalée par quelques auteurs, immédiatement en arrière des caroncules myrtiformes.

DES AFFECTIONS NERVEUSES

ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt.

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*,
Annotée par le Dr J. Chéron.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE III.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PATHOLOGIE A L'AGE CRITIQUE

Le lecteur qui consultera les ouvrages de Gardanne et du docteur Menville, sur l'âge critique, pourra constater que ces auteurs considèrent, comme maladies spéciales à cette période, toutes celles

qui affligent la femme après sa quarante-sixième année. Cela est parfaitement inexact car, à chaque période de l'existence, nous sommes sujets à des affections qui n'en sont nullement les conséquences : ainsi, lorsque les femmes vieillissent, elles sont exposées aux maladies de leur âge, car les deux sexes souffrent également de cette usure et de cette déchéance de la vie qui altère la structure du cœur, des artères, et de la plupart des organes. J'appelle « Maladies de l'âge critique » celles qui à ce moment surviennent pour la première fois, ou reparaissent avec une notable aggravation. Cette période, dont la date est variable suivant chaque individu, comprend généralement les trois années antérieures et les trois années postérieures à la cessation.

Les affections de l'âge critique se manifestent quelquefois avant toute irrégularité marquée dans le flux menstruel : ainsi, une femme grande, bien constituée, âgée de cinquante ans, est encore réglée, mais depuis quelques mois elle souffre de bouffées de chaleur et souvent ses mains deviennent écarlates jusqu'au bout des doigts. Il en est qui éprouvent des poussées de chaleur et de légères transpirations pendant trois, quatre et cinq ans après la cessation, à la suite de quoi de graves symptômes se manifestent ; je les attribue à l'âge critique, parce qu'ils sont exactement semblables aux symptômes qui résultent immédiatement de la ménopause. Les maladies de cette période proviennent quelquefois de l'interruption brusque des sueurs et des bouffées de chaleur qui, jusque-là, se manifestaient constamment ; d'autres fois, la peau continue à fonctionner comme la soupape de sûreté de l'organisme, jusqu'au moment où la santé se trouble sous le coup d'un choc moral ou physique. Chez quelques femmes, l'apparition de la maladie coïncide fréquemment avec un molimen menstruel imparfait, caractérisé par des douleurs abdominales et un flux menstruel qui, peu abondant, mais reparaissant trois ou cinq ans après la cessation, indique clairement un effort de la menstruation.

La goutte, les rhumatismes ou les affections nerveuses, qui surviennent à l'âge critique, peuvent durer plus ou moins jusqu'à la fin de l'existence.

Il est bien reconnu que, à une époque ou à une autre, chaque

appareil organique devient un foyer d'action normal ou anormal pour la circulation générale, par exemple, les organes génitaux, lors de la puberté et de la cessation. Chaque période bien caractérisée a son arsenal particulier de calamités pathologiques ; et si les maladies communes à une époque ne cessent pas au commencement de la suivante, elles continuent généralement pendant toute la nouvelle période, ou bien, en d'autres termes, les temps critiques sont *parfaits*, et ils amènent le retour de la santé, ou *imparfaits*, et ils déterminent une succession d'évacuations qui ne doivent pas être supprimées brusquement. L'âge critique, non-seulement détermine l'explosion de quelques maladies nouvelles, mais, quand il rencontre les germes d'autres affections, comme la goutte, le cancer, etc, il leur donne une impulsion plus rapide. (1)

En l'absence de renseignements dignes de foi, j'ai entrepris d'établir une nomenclature des infirmités provoquées par l'âge critique, et j'ai noté très minutieusement toutes les dispositions morbides que j'ai pu découvrir chez 500 femmes qui sont venues me consulter au moment de la ménopause.

Le tableau suivant donne le degré comparatif de la fréquence des symptômes morbides à l'âge critique, et il démontrera clairement au lecteur quelles sont les aptitudes morbides que cette époque peut développer.

(1) Les femmes sont d'ailleurs bien convaincues que l'époque de la cessation est une époque périlleuse. Elles viennent souvent demander au médecin de les préparer à franchir ce pas difficile. Quelques-unes ne se décident à se faire donner des soins nécessités depuis longtemps par l'existence d'une affection de l'utérus que parce que l'âge critique approche et qu'elles en ont peur.

Remettre la santé en état afin de passer, sans encombre, l'époque de la ménopause, est une précaution urgente, et qu'on ne saurait trop recommander aux femmes. Nous ne manquons jamais de résumer la chose de la façon suivante dans notre enseignement : « faites en sorte que vos malades arrivent à la ménopause dans le meilleur état de résistance vitale possible, les organes dans le meilleur état d'intégrité. C'est dans ces conditions que vous leur ferez franchir cette période dans d'heureuses conditions, sans qu'aucune manifestation diathésique ou constitutionnelle trouve un terrain suffisamment préparé par l'épuisement pour s'y développer. »

(J. C.)

TABLEAU XXI.

Fréquence relative des dispositions morbides, chez 500 femmes à l'âge critique.

Irritabilité nerveuse	459	Jaunisse	6
Bouffées de chaleur	287	Apoplexie et hémiplégie	6
Pseudo-narcotisme	277	Fausse grossesse	6
Douleurs dorsales	226	Coliques habituelles pendant des	5
Gangliopathie et évanouissements	220	années	6
Maux de tête	208	Eruption urticaire	5
Douleurs abdominales	205	Douleurs constantes aux ovaires	
Transpirations	201	Pyrosis	5
Leucorrhée	146	Epilepsie à répétition	5
Etat hystérique	146	Chute de la matrice	5
Pertes uniques ou multiples	138	Cancer de la matrice	4
Mal de tête et nausées	92	Inflammation du vagin	4
Sueurs	84	Bronchite	4
Hémorrhoïdes, non fluantes	62	Incontinence d'urine	4
Etat bilieux persistant	55	Rires et pleurs nerveux seulement	
Gangliopathie, ou étranges sensations épigastriques	49	depuis la cessation	4
Urine phosphatee ou lithiée	49	Inflammation répétée des lèvres	4
Diarrhée irrégulière	45	Engourdissement, fourmillement	
Débilité intense et de longue durée	41	et perte de la sensibilité dans	
Chloro-anémie	40	les bras et les mains	4
Dyspepsie	37	Tumeurs fibreuses de l'utérus	4
Menstruation rémittente	33	Hémorrhagie otorrhéique à	
Vomissements répétés	31	répétition	4
Abdomen très gonflé	26	Pertes de connaissance prolon-	
Evanouissements répétés	25	gées	4
Hémorrhoïdes fluantes	24	Vomissements de sang	4
Constipation rebelle	23	Polype de la matrice (1)	4
Entérorrhagie	20	Erysipèle	4
Jambes œdémateuses	19	Sciatique	4
Eruptions cutanées indéterminées	18	Attaque d'épilepsie	3
Boule hystérique, seulement depuis la cessation	17	Délire	3
Douleurs mensuelles régulières		Pus dans les extrémités	3
sans menstrues	16	Ecchymose cutanée	3
Folie	16	Prurigo	3
Bouffées de chaleur sèches	14	Bouffissure de la face	3
Irritation et gonflements des seins	14	Inflammation aux jambes, avec	
Transpirations froides	13	grande distension des veines	3
Leucorrhée menstuelle	12	Eczéma	3
Epistaxis	12	Tumeurs des ovaires	3
Inflammation ou ulcération du		Douleurs sur les ongles	3
col de la matrice	11	Inflammation du rectum	3
Surdité	11	Attaques hystériques, seulement	
Inflammation folliculaire de la		depuis la cessation	3
vulve	10	Hémicrânie	3
Urines difficiles et douloureuses	9	Aggravation de la phthisie	3
Asthme hystérique	8	Excrétion du sang des veines	
Flatulence hystérique intense	8	variqueuses à la jambe (dans	
Hémoptysies	8	le même cas, 3 fois)	3
Migraine mensuelle	7	Propagation de l'eczéma	2
Rhumatisme des articulations	7	Sang dans les excréments chaque	
Jambe ulcérée	7	mois (pendant 6 mois)	2
Diarrhée de trois à six fois par		Furoncles à l'anus	2
jour, pendant des années	7	Pulsations de l'aorte	2
Névralgie intercostale	6	Jambes brûlantes et douloureuses	2
Paraplégie	6	Chaleur intense aux mains	2
		Abcès aux jointures des bras	2
		» aux doigts	2
		» au cou	2

(1) Sur 26 cas de polypes utéro-folliculaires opérés en 1882-1883 à notre clinique, 15 appartenaient à des malades de 43 à 57 ans, en pleine période critique (J. C.).

Goutte	2	Mal de dents (odontalgie)	1
Exfoliation de la peau des doigts	2	Maladie du cœur	1
Tumeur érectile du méat urinaire	2	Zona	1
Redoublement d'une fièvre des sourcils	2	Herpès circiné	1
Attaque de fièvre aux sourcils	1	Cancer du sein	1
Hématurie	1	Gonflement des veines variqueuses	1
Abattement mensuel des forces	1	Aggravation de l'affection précédente	1
Prostration hystérique	1	Sang provenant d'une veine frontale	1
Paralysie hystérique des bras	1	Sécrétion limpide des seins pendant 4 ans	1
Chute de tous les ongles	1		
Péritonite	1		
Otorrhée chronique	1		
Inflammation aux yeux	1		

Dans ma première édition, j'ai établi que les véritables maladies de l'âge critique étaient les exagérations morbides de quelques phénomènes naturels à la cessation. Ainsi, quand une perte survient, comme un phénomène naturel, lors de la cessation, elle peut être accompagnée de circonstances qui en font une véritable maladie. Ainsi, l'accroissement de la transpiration, qui est aussi un phénomène naturel de cette période, peut constituer un état morbide sous la forme de sueurs continues. Les formes bénignes de la gangliopathie accompagnent souvent la ménopause; cependant, elle peut se présenter sous ses formes les plus graves. La cessation est tout au moins accompagnée de troubles cérébraux légers et variés; mais fréquemment aussi d'affections nerveuses graves.

Le tableau qu'on vient de voir confirme parfaitement la pensée que j'ai eue longtemps, à savoir que les *véritables* maladies de l'âge critique sont les vingt-cinq premières de la liste; je les ai toujours rencontrées *communément* à cette période critique; elles sont si fréquentes qu'on peut les prédire avec certitude; or, la précision des maladies est le seul *criterium* de la science. Après les vingt-cinq premières, sur la liste, la fréquence des autres affections tombe au-dessous de vingt-cinq pour cent, et elles sont des variétés particulières des maladies les plus communes déjà énumérées, ou bien, comme le cancer et la goutte, elles peuvent survenir à toute autre époque qu'à l'âge critique. Quelquefois aussi, la singularité de leur nature et leur rareté démontrent avec évidence qu'elles sont en quelque sorte personnelles et n'indiquent autre chose que la manière dont l'action morbide atteint les orga-

nes les plus faibles. Du tableau précédent il résulte encore que les maladies réellement redoutables, à l'âge critique, ne sont pas tant le cancer et les autres affections organiques des ovaires et de la matrice, dont les femmes s'effraient toujours d'elles-mêmes, mais bien les affections névralgiques des systèmes cérébro-spinal et ganglionnaire ; enfin, que les affections gastro-intestinales sont plus à craindre que les pertes.

En se référant encore au même tableau, il devient clair que les maladies fonctionnelles du système nerveux se rencontrent souvent. La fréquence de la débilité n'en résulte pas aussi nettement, mais elle est portée comme maladie unique dans quarante-et-un cas ; à un moindre degré, elle accompagne la chloro-anémie dans quarante autres, ainsi que dans les deux cent vingt cas de faiblesse épigastrique, et elle manque rarement dans tous les autres ; d'où je conclus que la débilité caractérise les maladies de la cessation. Cette perte des forces les rend généralement chroniques, et, contrairement à ce qui se passe pendant l'enfance, leurs mouvements pathologiques s'affaiblissent. Une affection maligne qui, à l'âge de trente ans, aurait tué la malade en trois ans, peut durer plus longtemps ; ainsi, des tumeurs des ovaires qui, à vingt-cinq ans, auraient rapidement suivi leur cours, peuvent demeurer en suspens. L'ulcération de la matrice est plus lente à guérir. L'escharre qui résulte de l'application du nitrate d'argent peut mettre douze jours au lieu de quatre à se détacher de la matrice, et celle produite par le nitrate acide de mercure trois semaines au lieu d'une : d'où je conclus que la physiologie pathologique des maladies de la cessation pourrait être considérée comme identique à celle des maladies chroniques. (1).

Pronostic. — Le pronostic des maladies de la ménopause est en général satisfaisant, à moins qu'il ne s'agisse d'affections malignes, de tumeurs des ovaires ou de fibroïdes volumineux, et lorsque la crise paralyse les centres ganglionnaires, à tel point que les malades ne peuvent recouvrer leurs forces et que cet état se perpétue pendant des années et marque chaque pas dans la vie d'un

(1) Cela est d'autant plus vrai que tous les troubles morbides relatés dans le XXIme tableau ne sont que des manifestations diathésiques. (J. C.).

cachet de débilité, elle ne peut être mise sur le compte d'une affection organique.

Avant d'esquisser ma théorie des maladies de la ménopause, je passerai rapidement leurs causes en revue, car leur connaissance précise est indispensable pour comprendre la pathologie de cette période critique, ces causes sont :

I. Faiblesse de constitution. — II. Tempérament. — III. Désordres constitutionnels. — IV. Affections utérines. — V. Souffrances insolites à la puberté et aux périodes menstruelles. — VI. Cessation subite. — VII. Abus ou non-usage des organes de la reproduction. — VIII. Position sociale.

I. Faiblesse de constitution. — Le meilleur moyen pour passer l'âge critique sans dangers est d'y arriver avec une constitution saine. Une absence de forces marquée empêche la succession régulière des phénomènes vitaux qui font traverser toutes les périodes critiques ; et comme la ménopause est caractérisée par la débilité, lorsque celle-ci provient de faiblesse constitutionnelle, le manque de forces sera de longue durée, quelquefois avec une tendance à la langueur, à la chlorose, à des désordres nerveux erratiques ; et toutes ces affections deviennent chroniques parce qu'il n'existe plus une énergie suffisante pour les éliminer.

II. Tempérament. — J'ai dit que les femmes d'un tempérament lymphatique nettement accusé retirent souvent un bénéfice marqué de l'âge critique. Leur nature plus froide est moins sujette à être troublée par les désordres bilieux et nerveux, tandis que le sang, qui ne doit plus être éliminé, sert à améliorer l'état général. Les femmes d'un tempérament sanguin sont naturellement plus disposées à la pléthore, par suite aux pertes, aux hémorrhagies, et à l'apoplexie ; mais, si elles sont très sujettes à des maladies dangereuses, elles sont faciles à traiter et se trouvent rapidement soulagées par des moyens actifs lorsqu'ils sont employés avec discernement. Le tableau qui précède démontre que les femmes ont, à l'époque de la ménopause, une tendance déterminée aux affection bilieuses et gastro-intestinales et, comme l'a remarqué Gar-

danne, les femmes bilieuses sont celles chez lesquelles elles sont le plus graves.

Le calomel et les pilules bleues peuvent être administrés pendant longtemps pour combattre la torpidité habituelle du foie, et cela sans grand profit, à moins que ces médicaments ne soient combinés avec l'usage des alcalins ou des eaux minérales. Les femmes sont plus disposées à la folie si, chez elles, sont associés les tempéraments bilieux et nerveux, comme je l'ai observé dans quelques-uns des cas les plus graves. Les femmes à tempérament nerveux souffrent beaucoup plus que les autres, particulièrement pendant le temps d'incertitude ; elles sont aussi sujettes aux pertes que les pléthoriques, sans être aussi dociles au traitement. Leurs pertes sont la suite d'un éréthisme nerveux ; chez elles les choses les plus simples produisent des réactions désordonnées et les fonctions ordinaires de la vie s'accomplissent avec des excentricités sans nombre. Rarement elles recouvrent la santé sans prendre de l'embonpoint.

III. Maladies constitutionnelles. — Il est évident que toute maladie constitutionnelle doit augmenter de gravité à l'âge critique, et que la marche de la goutte, du cancer, de la phthisie, doit en être accélérée. Ces maladies, à leur tour, aggravent les symptômes ordinaires de la ménopause.

IV. Maladies utérines. — Longtemps après la cessation, la matrice est congestionnée tous les mois; c'est ce que prouvent les douleurs abdominales et la leucorrhée qu'on voit souvent survenir à cette époque. Cet état de congestion, sans le soulagement ordinaire, est éminemment propre à influer sur la matrice, à la prédiposer à l'irritabilité ; ce qui me fait croire que les affections du col, pendant le temps d'incertitude, surviennent plus fréquemment qu'on ne le voit d'après le dernier tableau (1). Si le su-

(1) La congestion utérine est le premier terme, le point de départ de toute maladie de l'appareil utéro-ovarien. Si l'organisme est indemne de diathèse ou d'affection constitutionnelle, l'engorgement sera la limite de l'extension morbide de l'état congestif ; sous l'influence de la diathèse, au contraire, la métrite chronique et les affections qui en dérivent, les néoplasies elles-mêmes pourront se développer. (*Leçons faites à l'école pratique*, J. C.)

jet est menacé de cancer, l'irritabilité morbide et la congestion de la matrice augmentent ses prédispositions à cette maladie.

V. Souffrances insolites a la puberté, perturbations menstruelles. — Le tableau suivant permet d'embrasser d'un coup d'œil les aptitudes morbides de la puberté comparées à celles de l'âge critique ; il explique jusqu'à un certain point l'apparition d'autres affections à ces périodes seulement, et démontre comment les dangers de la cessation peuvent être prévus et appréciés d'après ceux que l'on a traversés à la puberté.

TABLEAU XXII.

Comparaison des aptitudes morbides à la puberté et à la cessation.

MALADIES	PUBERTÉ	CESSATION
Maux de tête	Fréquents	Fréquents
Mal de tête et nausée	Fréquent	Fréquent
Pseudo-narcotisme	Fréquent	Fréquent
Forme mineure de l'hystérie	Fréquente	Fréquente
Attaques hystériques	Rares	Rare
Délire	Très-rare	Très rare
Humeur irrégulière et formes bénignes de la folie	Fréquentes	Fréquentes
Epilepsie	Fréquente	Très rare
Gangliopathie	Forme bénigne fréquente	Formes bénigne et grave fréquentes
Evanouissement	Commun	Rare
Chlorose	Très fréquente	Assez commune
Névralgie lombo-abdominale	Très fréquente	Très fréquente
Névralgie des membres	Très fréquente	Peu fréquente
Névralgie mammaire	Assez commune	Assez commune
Pertes	Rares	Communes
Epistaxis	Fréquent	Peu commun
Hémorrhoïdes	Non observées	Fréquente
Leucorrhée	Fréquente	Fréquentes
Eruptions cutanées	Fréquentes	Rares
Goutte (ses formes irrégulières)	Observée quelquefois	Peu fréquente
Rachitisme	Assez commun	Non remarqué par moi, mais signalé par B. de Boismont et Geudrin
Déviations de l'épine dorsale	Très fréquentes	Très rares

D'autres maladies, qui auront précédé la première menstruation, peuvent aussi bien précéder la cessation ; ainsi, Alibert m'a dit qu'il avait observé que certaines éruptions cutanées apparaissent deux fois seulement dans la vie, savoir : — avant la première ma-

nifestation du flux menstruel et lors de sa cessation. Brière de Boismont et autres ont remarqué des attaques d'épilepsie avant ces deux importantes époques, l'intervalle ayant été complètement exempt d'accidents de cette nature. Sir H. Marsh a remarqué fréquemment que les femmes, dont la puberté a été précédée par des épistaxis, les ont aussi éprouvées comme symptômes de la cessation prochaine. Chez mes malades, j'ai vu quelquefois la puberté et la cessation précédées et accompagnées d'abondantes éruptions de furoncles, d'otorrhée opiniâtre, de diarrhée continue, et plus souvent encore de beaucoup de pseudo-narcotisme ou d'hystérie, dans des cas où rien ne présageait d'ailleurs une époque critique et où toutes les fonctions étaient régulières, comme pendant la grossesse ou l'allaitement.

La déviation de la colonne vertébrale, peu marquée à la puberté, peut se développer considérablement à la cessation, comme dans un cas rapporté par B. de Boismont; une dame, assez droite, devint difforme à l'âge critique; j'ai publié une observation semblable; les douleurs d'une métrite aiguë étaient si vives que je ne pus jamais obtenir de ma malade qu'elle se tînt couchée complètement étendue; elle s'obstina à demeurer repliée sur elle-même.

Quand les périodes menstruelles ont été accompagnées de douleurs inaccoutumées, on peut craindre que l'âge critique apporte avec lui des souffrances extraordinaires; il en est de même quand la menstruation a été très irrégulière, très-sujette à des variations. Ainsi B. de Boismont parle de deux femmes dont les pertes menstruelles s'effectuaient par la bouche, même après avoir eu des enfants; à l'âge critique, l'une devint rachitique, l'autre fut atteinte d'hydropisie abdominale. Chez quelques-unes, la disposition à la maladie peut être attribuée à la prédominance d'un tempérament nerveux; chez d'autres, elle dépend de circonstances spéciales qui rendent l'accomplissement des divers actes de la fonction reproductrice dangereux jusqu'à la fin de l'existence.

VI. Arrêt subit du flux menstruel. — Il était logique de supposer qu'un écoulement, durant depuis trente-deux ans, ne pourrait être arrêté tout à coup sans causer une maladie sérieuse; et

Meissner, comme bien d'autres, attribue à cette cause les effets les plus désastreux ; cela est inexact, cependant, car je n'ai pas noté que la soudaineté de la cessation fût fréquente chez celles qui souffrent le plus à l'âge critique. Ainsi, sur 383 femmes chez lesquelles le flux menstruel avait cessé, 223 avaient beaucoup souffert, 121 peu et 39 pas du tout. La cessation subite, dans chaque catégorie, a présenté les proportions suivantes : — 55 sur les 223 qui ont souffert beaucoup, 31 sur les 121 qui ont peu souffert, et 23 sur les 39 qui n'ont rien ressenti ; de sorte que, bien que la cessation soit survenue soudainement chez un quart des plus éprouvées, elle s'est manifestée de même dans les deux tiers des autres. En étudiant les 39 cas exempts de souffrances, j'ai été frappé de l'absence de tous désordres menstruels. Il existe un grand nombre de femmes qui ont été réglées tout à coup, qui ont continué à l'être régulièrement, sans aucun trouble, pendant toute leur vie et qui ont cessé de l'être subitement.

L'opinion que la cessation subite peut offrir des dangers est basée sur quelques cas isolés qui semblent la justifier, mais dans lesquels l'issue fatale était due à d'autres causes ; ainsi, chez deux sujets pléthoriques, l'hémiplégie s'est produite, mais la soudaineté de la cessation seule n'est pas cause de maladies, parce que l'organisme est, dans ce cas, dégagé par quelque perte critique qui survient brusquement, le plus souvent par des transpirations abondantes et continues.

VII. Non usage ou abus des organes sexuels. — Gardanne et d'autres auteurs soutiennent le préjugé populaire, que les femmes non mariées sont plus sujettes aux pertes, au cancer, aux tumeurs ovariennes ou utérines, quand arrive l'âge critique ; mais il n'y a rien de vrai dans cette assertion. Les célibataires traversent cette période sans plus de trouble que les autres, et souffrent moins, selon ce que j'ai pu constater. Gardanne affirme aussi que les prostituées souffrent beaucoup à cette époque ; mais c'est une assertion sans fondement, car M. Acton nous affirme qu'elles ne peuvent continuer leur infâme métier au-delà de trois ans en moyenne ; de telle sorte qu'elles ont dû l'abandonner longtemps avant d'arriver à l'âge critique. J'ai eu l'occasion de

voir une aggravation des maladies de la cessation causée par les rapports sexuels ; le même cas s'est présenté chez des femmes qui se mariaient à cette époque. Toujours, des pertes, des irritations utéro ovariennes ou des inflammations en étaient les conséquences. Dans un cas, une dame impressionnable dans la famille de laquelle il n'y avait jamais eu d'aliénés, éprouva une perte la nuit de ses noces, des douleurs abdominales très-vives les jours suivants, et devint folle pendant plusieurs mois.

VIII. Position sociale. — Je pense avec Dusourd, dont la clientèle se trouve dans un district agricole du sud de la France, que les femmes de la campagne souffrent peu de l'âge critique. Elles appartiennent au *genus inirritabile*, et sont moins sujettes aux désordres nerveux. Leur santé est généralement bonne quand arrive cette époque ; leurs pertes sont fréquentes, mais effectivement critiques, et elles se préoccupent peu des chaleurs et des transpirations qui gênent tant les filles gâtées par la civilisation. Les pauvres des grandes villes souffrent beaucoup au contraire. La nécessité d'un dur travail, les anxiétés de la pauvreté, l'impossibilité de se soustraire aux tracas des enfants, même pour quelques heures seulement, augmentent toutes leurs souffrances. Certaines occupations produisent un effet semblable : ainsi Auber dit que les blanchisseuses souffrent plus que les autres, eu égard aux changements de température auxquels elles sont exposées. Les salles chauffées, humides et basses, dans lesquelles travaillent les plieuses de papiers, les fabricantes de baudruche, augmentent les souffrances d'un grand nombre d'entre elles ; mais, par une heureuse compensation, la nécessité de ces lourds travaux prévient et guérit les affections nerveuses qui tendent si fréquemment à atteindre les femmes riches ; elles sont en tel nombre et donnent lieu à de si singulières excentricités, que les pathologistes ont renoncé à l'espérance d'en compléter le catalogue. A quoi sert de s'instruire des préceptes de l'hygiène et de s'environner du matériel nécessaire, si la résolution de la mettre en pratique n'existe pas ? Beaucoup de pauvres ne sont pas obligés de vivre dans des atmosphères aussi malsaines que celles dont s'environnent les femmes aisées.

En cherchant, parmi mes nombreuses observations, à découvrir la raison pour laquelle certaines femmes souffrent tant et d'autres si peu, j'arrive à cette conclusion, que cela ne dépend ni de la force originelle ou acquise dont jouit l'organisme, c'est-à-dire de *la constitution*; ni de la prédominance d'une série d'organes sur une autre, c'est-à-dire du tempérament. La cessation prématurée ou tardive n'est un effet ni de l'un ni de l'autre, non plus que de l'état de célibat ou de mariage, de richesse ou de pauvreté, mais bien d'une susceptibilité particulière du système nerveux, condition qui, bien qu'échappant à la constatation du microscope, est évidente par suite de la manière dont elle peut expliquer les *stimuli* des organes génitaux et autres. Les femmes qui souffrent beaucoup à l'âge critique sont souvent celles qui ont aussi beaucoup souffert à la puberté et aux périodes menstruelles ; celles qui souffrent peu ont rarement éprouvé des symptômes très-douloureux ; et, parmi les trente-neuf cas qui n'ont pas présenté de souffrances, on avait remarqué la même immunité à la puberté et aux époques menstruelles. D'où je conclus que les maladies de l'âge critique, comme celles de la puberté, doivent être attribuées principalement à ce que le système nerveux est incapable de supporter le stimulus que lui transmettent les organes reproducteurs ; car, lorsque ce même système est dans un état d'équilibre satisfaisant, ce stimulus agit, non comme perturbateur, mais comme améliorateur de la santé.

Les actes vitaux, néanmoins, ne sont jamais taillés et équarris avec une précision mathématique ; il y a des exceptions à la règle et j'ai vu des malades qui ont beaucoup souffert à la cessation, bien que jusque-là leur santé n'eût pas été troublée. Ces remarques forment une introduction appropriée à ce que j'ai à dire touchant la théorie de la production des maladies à l'âge critique; car, à quoi servirait une longue énumération de faits médicaux, si elle ne servait pas à établir une théorie solide qui permette de les prévenir en expliquant leur production. Les pierres ne font qu'encombrer le terrain jusqu'à ce que l'architecte les mette en place.

Théorie du Sang. — La surabondance du sang ou ses qualités défectueuses sont les causes de la congestion des divers organes, des hémorrhagies et autres pertes ; pendant trente-deux ans, la matrice est un centre d'attraction puissant par lequel s'établit chaque mois un courant où se porte le sang de toutes les parties du corps. Une violente perturbation mentale ou pathologique divise quelquefois les éléments de ce courant, et, quoique une partie se dirige encore vers la matrice, le reste se concentre sur quelque organe plus faible qui se congestionne lorsque le sang ne peut se frayer un passage à la surface.

Le même effet se produit pendant le temps critique. Chaque mois une partie du sang se dirige toujours vers la matrice, la congestion se produit, et la maladie se prépare en conséquence de l'arrêt du courant mensuel dans un organe affaibli. Lorsque trois ou quatre onces de sang ont été retenues ainsi pendant quelques mois, la pléthore peut commencer à se produire, si la force nutritive est insuffisante pour employer le sang à seconder le travail intérieur de l'assimilation et à produire l'embonpoint. La pléthore une fois établie, l'organisme en est affecté et se révolte ; si la force de la constitution est proportionnée à sa tâche, elle expulse le sang, mais si elle est insuffisante, il demeure stagnant dans les tissus congestionnés.

Théorie des Nerfs. — Il est pourtant inexact d'attribuer à la pléthore la plupart des affections cérébro-spinales et ganglionnaires de la ménopause. Ainsi, jadis, lorsque les femmes souffraient de maux de tête, de vertiges, de pesanteurs, de faiblesse d'intelligence, elles avaient l'habitude de se faire saigner, ventouser ou poser des sangsues ; mais bien que cet état nerveux, que j'appelle pseudo-narcotisme, puisse coexister avec la pléthore, il ne lui est pas équivalent, et s'observe souvent chez des femmes devenues chlorotiques à la cessation, et dont la quantité de sang est bien proportionnée aux besoins de l'organisme. Donc, pour expliquer la manifestation de toutes les maladies de l'âge critique, il faut prendre en considération l'état morbide du système nerveux ganglionnaire, pendant la première et la seconde partie de cette

période. L'état du système ganglionnaire ne peut être matériellement modifié sans produire des troubles cérébraux dont on doit admettre l'existence avant celle des maladies. En recherchant comment il se fait que les troubles ovariens engendrent une action morbide, il faudrait étudier leurs effets sur l'économie de la femme, non seulement dans les phénomènes de la menstruation, mais aussi dans l'action continue qu'exercent les ovaires sur l'organisme. Les résultats de cette influence, lorsqu'elle s'exerce dans le sens morbide, sont souvent évidents longtemps avant l'apparition du flux menstruel et longtemps après la cessation. Lorsqu'une petite fille de dix ans est plus ou moins dans un état constant de pseudo-narcotisme, sans aucun des symptômes bien caractérisés, bien reconnus, des maladies cérébrales ou gastriques, l'influence morbide prématurée des ovaires sur le système cérébro-spinal est manifeste, et c'est avec raison que Landouzy a supposé que les ovaires peuvent déterminer l'hystérie longtemps avant le flux menstruel et avant tout instinct des rapports sexuels.

J'ai vu des petites filles affectées de pseudo-narcotisme huit ans avant la première menstruation et des femmes souffrir cruellement, dix ans après la cessation. A cette dernière époque, lorsque je ne trouve pas l'explication de ces désordres dans les maladies de l'estomac, du foie, et du cerveau, je les considère comme indiquant une perversion de l'influence ganglionnaire, résultat le plus fréquent de l'action désordonnée des ovaires, non seulement à la puberté et à la cessation, mais à chaque période menstruelle et pendant la grossesse et la lactation. Cette perversion de l'influence nerveuse ganglionnaire est le résultat d'un développement de l'irritabilité des ovaires pendant la décroissance de leurs fonctions spécifiques. Chez beaucoup de femmes, cette irritabilité devenue excessive et rendue évidente par de nombreux symptômes, réagit sur les ganglions pelviens et par suite sur le centre nerveux ganglionnaire. Chez d'autres, la vie des ovaires n'est pas éteinte, et leurs ganglions, non plus que ceux de l'utérus, ne peuvent être condamnés à l'inaction, sans que l'action associée des ganglions et des plexus abdominaux soit plus ou moins paralysée par l'ab-

sence de cette influence spécifique qui a gouverné le système pendant trente-deux ans. Alors surviennent les symptômes nerveux ataxiques et des manifestations irrégulières d'énergie nerveuse, que Sydenham a décrits en traitant de l'hystérie ; il se manifeste toutes sortes de douleurs nerveuses erratiques, de symptômes anormaux au creux de l'estomac et de désordres cérébraux dont je parlerai en détail.

J'ai établi que, sur 383 femmes chez lesquelles le flux menstruel avait cessé, 223 avaient beaucoup souffert, 121 peu, et 39 pas du tout ; cependant je ne considère pas que la proportion de 39 sur 383, soit 10 pour cent, donne une idée juste de la fréquente immunité pour la douleur souvent observée à la ménopause, car de celles qui n'en souffrent pas, un petit nombre seulement se fait connaître au médecin. Les formes de maladies les plus communes sont portées au tableau suivant ; mais le lecteur devra se souvenir que j'ai été consulté dans beaucoup de cas d'une gravité exceptionnelle, en raison de ma réputation de spécialiste sur ce sujet.

TABLEAU XXIII.

Natures des affections constatées chez 500 femmes à l'âge critique.

NATURE DES DÉSORDRES	NOMBRE des CAS
Maladies du système ganglionnaire	406
— du système cérébro-spinal	1.272
— des nerfs	487
Maladies des organes reproducteurs	463
Affections gastro-intestinales	354
— cutanées	705
— diverses	43
Total	3.730

Chacune de ces divisions sera le sujet d'un chapitre distinct ; si la réunion de tant de souffrances se présente sous un aspect formidable, il faut ne pas perdre de vue que, dans ce tableau, vapeurs, transpirations et autres légers symptômes occupent la

même place que le cancer, et que beaucoup de femmes souffraient en même temps de diverses maladies.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *novembre* 1883. — *Présidence de* M. Guéniot.

Hystérectomie. — M. Terrier a pratiqué 7 hystérectomies sur lesquelles il a eu 4 morts et 3 guérisons. Ces opérations se divisent en deux séries : la première comprenant les faits dans lesquels il s'agit de tumeurs ovariennes ou autres, dont l'ablation a nécessité la résection partielle de l'utérus, la seconde comprenant les tumeurs propres à l'utérus. Les trois premières hystérectomies se rapportent aux faits de la première série ; les quatre autres, aux faits de la seconde.

Dans la première observation, il s'agit d'une tumeur solide de l'utérus compliquant une tumeur kystique ovarienne. Il ne fut pas possible de séparer l'utérus de la tumeur ovarienne et avec celle-ci il fallut enlever une partie de l'utérus. La malade succomba le troisième jour à une péritonite aiguë.

La seconde observation a trait à une femme de soixante-trois ans qui était atteinte d'une énorme tumeur kystique de l'utérus ayant contracté des adhérences à la partie inférieure avec le plancher du vagin. M. Terrier eut beaucoup de peine à arriver sur l'utérus qu'il dut réséquer en partie, non sans avoir à combattre une hémorrhagie. Cependant l'hémostase fut assurée d'une façon parfaite, mais la malade succomba vingt-trois heures après l'opération au choc traumatique.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une énorme tumeur fibrocystique constituée par l'ovaire gauche. La tumeur enlevée, il restait un large pédicule comprenant l'utérus hypertrophié. Le pédicule put être laissé au dehors. La malade a été opérée il y

a quinze jours. Elle peut dès aujourd'hui être considérée comme guérie.

Dans ces 3 cas, dont 2 morts et 1 succès, il s'agissait d'opérations dans lesquelles le chirurgien eut la main forcée, pour ainsi dire, pour enlever l'utérus en partie ou en totalité. Il s'agissait de tumeurs complexes, anciennes, adhérentes, graves, difficiles à opérer. La gravité du pronostic opératoire se trouvait encore accrue par suite de la nécessité d'enlever une portion plus ou moins considérable de l'utérus. C'est donc là un pronostic beaucoup plus grave que celui de l'hystérectomie simple.

La seconde catégorie de faits comprend les hystérectomies pratiquées pour des tumeurs utérines. Elles sont au nombre de 4, sur lesquelles on compte 2 succès et 2 insuccès.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une religieuse qui portait un corps fibreux du volume d'une tête d'adulte. La tumeur ayant été amenée au dehors par l'incision abdominale, deux broches furent passées en croix, au-dessous desquelles furent placées deux fils de fer avec les ligateurs Cintrat. Le pédicule, très large, fut laissé au dehors et touché avec du perchlorure de fer ; pansements antiseptiques ; pas d'accidents hémorrhagiques ni inflammatoires ; mort le cinquième jour après l'apparition d'accidents nerveux très marqués.

La seconde observation a trait à une tumeur sarcomateuse et kystique de l'utérus, opérée par le même procédé : ponction du kyste, traction au dehors de l'utérus hypertrophié, placement des broches, des ligateurs Cintrat, résection de l'utérus, ablation de l'ovaire gauche kystique, pédicule très long ; l'opération a duré une heure et demie. Guérison. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome et cependant voilà trois ans que la malade a été opérée et jusqu'ici pas la moindre trace de récidive.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un corps fibreux développé dans l'épaisseur de la paroi interne ; dans ce cas, M. Terrier fit la ligature en chaîne préconisée par Thorton dans les cas où le pédicule est très large et où il doit être laissé dans le ventre; cette ligature se relâcha au bout d'un certain temps et cette malade a succombé à une hémorrhagie survenue vingt-quatre heures après l'opération.

Enfin le quatrième fait se rapporte à une malade de Moulins,

atteinte d'une tumeur fibreuse compliquée d'un énorme épanchement dans la cavité abdominale. Le liquide ayant été évacué, la tumeur amenée au dehors, M. Terrier plaça deux fils de fer selon la méthode habituelle ; mais, au lieu de serrer, il coupa, sans le vouloir, la tumeur. Il n'y eut pas trop d'hémorrhagie ; il put assez facilement décortiquer avec les doigts ce qu'il restait du fibrome, de telle sorte qu'il y avait, cette décortication achevée, une sorte de cupule formée par la portion restante de l'utérus, la plus voisine du col. Cette cupule se déchira sur la partie postérieure ; M. Terrier appliqua sept points de suture, réunit ainsi les deux bords latéraux de cette cupule et laissa ce pédicule ainsi formé au dehors. La malade a très bien guéri et est restée parfaitement réglée. Ce procédé, accidentellement employé dans l'espèce, pourrait l'être volontairement dans certains cas et rendre de grands services. Il a valu, dans ce cas, à M. Terrier un beau succès.

En résumé, les procédés opératoires employés dans ces sept cas, peuvent se rapporter à trois types :

1° Pédiculisation de la masse morbide à l'aide des broches et des ligateurs Cintrat, fixation au dehors ; procédé classique.

2° Réduction du pédicule dans la cavité abdominale après que l'hémostase a été assurée ; insuffisance de la ligature en chaîne de Thorton pour cette hémostase ; danger d'hémorrhagies secondaires ; nécessité de recourir à un autre mode de ligature élastique ou autre, ou bien ligature en chaîne, renforcée par une ligature en masse, comme dans le cas de M. Terillon.

3° Procédé tout différent des deux précédents, imposé par les circonstances dans la septième observation de M. Terrier, pouvant être régularisé et employé volontairement, consistant à énucléer la tumeur et à ne laisser qu'une sorte de cupule dont on suture les bords de façon à former un pédicule qui est laissé au dehors.

Il résulte de ces faits, joints à beaucoup d'autres, que l'hystérectomie, loin d'être une opération détestable, comme l'a dit M. Gillette, est une opération rationnelle, formellement indiquée dans certains cas, mais toujours dangereuse et qui a besoin d'être encore perfectionnée.

M. Lucas-Championnière fait observer que l'attention des chirurgiens doit surtout se porter sur le traitement du pédicule.

C'est ce traitement de pédicule qu'il faut surtout s'efforcer de perfectionner, et c'est uniquement sur ce point qu'il a voulu appeler l'attention de la Société.

M. Lucas-Championnière rapporte, en peu de mots, une nouvelle hystérectomie qu'il a pratiquée : tumeur fibreuse pesant 17 kilogrammes, opération ayant duré une heure et demie ; marche régulière de l'opération, aucun accident, aucune complication ; suites immédiates très bonnes, température 37°.2 ; trente-six heures après, explosion d'accidents nerveux formidables, mort avec 40° de température.

A l'exemple de M. Terrier, M. Championnière considère l'hystérectomie comme une opération parfaitement légitimée dans certains cas, pouvant rendre de grands services et appelée à donner un très grand nombre de succès quand elle aura été perfectionnée et ne sera plus pratiquée seulement sur des femmes dans des conditions déplorables.

(*Gazette des Hopitaux*).

REVUE DE LA PRESSE

—

EXPÉRIENCES SUR L'ANESTHÉSIE CAUSTIQUE ET OBSERVATION D'UN CAS DE SQUIRRHE ULCÉRÉ DU SEIN, OPÉRÉ AVEC L'AIDE DE CETTE MÉTHODE

Par M. Jules Guérin.

Quel que soit le nombre des applications utiles de l'anesthésie chloroformique, il est cependant des sujets chez lesquels cette méthode est tout à fait interdite: ceux, par exemple, qui sont atteints d'affections chroniques du cœur et des organes respiratoires.

Il faut reconnaître encore que, malgré les progrès réalisés de nos jours pour prévenir tout accident, l'expérience n'a que trop souvent prouvé l'insuffisance des précautions les mieux calculées. Il ne faut pas oublier enfin que la localisation de l'anesthésie, dans les régions où doit s'exercer l'œuvre du chirurgien, est restée jusqu'ici un problème à l'étude, et que l'insensibilisation des parties ne s'obtient toujours qu'en passant par l'anesthésie généralisée, c'est-à-dire au

prix d'un certain degré d'intoxication de l'organisme avec ses inconvénients et ses imprévus.

Ces *desiderata* de la grande et précieuse méthode de l'anesthésie chloroformique expliquent et justifient la recherche d'autres moyens d'arriver d'emblée à l'insensibilisation des parties sans la participation de l'anesthésie de tout l'organisme. Tel est le but que je me suis proposé.

L'observation physiologique nous apprend que la peau est l'épanouissement des nerfs sensibles et de la sensibilité réfléchie, et que, au delà de la zone qu'elle occupe, cette propriété se réfugie, en s'amoindrissant, dans les rameaux nerveux, plus conducteurs de l'impression périphérique que sensibles par eux-mêmes. Il est aussi de notion vulgaire que les parties de la peau tenues pendant un certain temps en contact avec certains caustiques sont complètement désorganisées. Il est enfin d'observation générale que certains caustiques chimiques, dela catégorie dite *potentielle*, ont la propriété de coaguler le sang contenu dans les vaisseaux.

Mais, autour et au delà de ces faits vulgaires, il y a des circonstances négligées, si ce n'est complètement inaperçues, dont je me suis servi.

A la faveur de ces effets de la cautérisation potentielle, j'ai conçu l'idée de tracer aux opérations chirurgicales une voie et des limites dans lesquelles l'instrument tranchant pût cheminer sans provoquer de douleur ni d'hémorrhagies, et sans laisser après lui de portes ouvertes aux matières septiques qui suivent et compliquent si souvent les plaies chirurgicales. Je me dispense pour le moment de faire connaître les différentes phases par lesquelles cette idée a passé, et les différents essais que j'ai tentés ; j'arrive d'emblée à une opération grave, qui m'a présenté la réunion des diverses circonstances, inhérentes à ce mode opératoire, et offert un spécimen des services qu il est permis d'en espérer.

Observation. — Dans le cours du mois de janvier dernier, une dame âgée de 60 ans me consulta pour une tumeur du sein droit qu'elle portait depuis sept ou huit années, et que plusieurs praticiens lui avaient déclaré devoir être enlevée. Cette tumeur, d'environ 0m 10 de diamètre, occupait l'emplacement tout entier du sein ; de forme irrégulière, bossuée, dure au toucher, elle adhérait à la peau et présentait à sa surface deux petits cratères rougeâtres, par lesquels suintait un peu de liquide coloré ; le reste de la peau était pâle, mais parsemé

de veines apparentes et développées. Néanmoins, la tumeur n'adhérait pas à sa base, elle pouvait être assez facilement mobilisée ; point de ganglions dans l'aisselle. Je diagnostiquai, comme mes confrères précédemment consultés, un squirrhe ulcéré du sein droit. La santé générale était mauvaise : une bronchite catarrhale datant de dix-huit mois, accompagnée de fréquents accès de toux et d'expectorations abondantes : des douleurs dans les reins, et des troubles cardiaques caractérisés par des interruptions fréquentes du pouls, offraient un ensemble peu favorable à une entreprise opératoire, laquelle était cependant rendue de jour en jour plus indispensable et plus urgente.

Mon avis fut donc qu'il fallait procéder, sans retard, à l'ablation de la tumeur. Le médecin ordinaire de la malade, M. le Dr Decugis, d'Hyères, partagea mon avis, ainsi que son frère, M. le Dr Decugis, de Batignolles.

L'opération ayant été décidée, je procédai de la manière suivante, avec le concours de mes deux confrères et du mari de la malade.

J'appliquai autour de la tumeur, et à 0m02 de sa circonférence, une couche circulaire ou plutôt elliptique de caustique de Vienne de 0m02 de hauteur et de largeur, très exactement retenue et limitée par une double bande de diachylon gommé. La malade invitée à nous tenir bien au courant des progrès de la cautérisation, nous fit connaître, après un quart d'heure d'application du caustique, que toute la sensation douloureuse, qui avait été des plus modérées, avait cessé : je laissai néanmoins le caustique en place cinq minutes de plus, vingt minutes en tout. Le caustique ayant été enlevé, la surface de la partie cautérisée essuyée avec un linge imbibé de vinaigre, nous pûmes constater l'existence d'un ruban noirâtre, parfaitement régulier.

Le sein ayant été soulevé par M. le Dr Decugis aîné, je glissai à sa base, entre sa partie consistante et le tissu cellulaire sous-jacent, une sonde à dard portant un fil de platine très fin, destiné à maintenir la tumeur soulevée pendant l'opération. La sonde ayant été retirée et la tumeur maintenue en suspension par le fil, j'incisai horizontalement et circulairement toute la bande cautérisée : ce qui eut lieu sans provoquer la moindre douleur, sans hémorrhagie et comme à l'insu de l'opérée. Ayant ainsi détaché de sa circonférence cutanée tout le pourtour de la tumeur, j'arrachai cette dernière avec mes doigts, en divisant avec des ciseaux quelques brides fibreuses qui s'opposaient à cette sorte d'énucléation. L'opération dura dix minutes. Il n'y eut que

deux ou trois cuillerées de sang épanché, et une seule artériole nécessita une ligature qui tomba le surlendemain.

La malade n'a manifesté aucune douleur pendant toute l'opération.

Les suites furent des plus simples et des plus heureuses. Les pansements consistèrent dans des applications chaque jour répétées de charpie imbibée d'eau phéniquée à 1/100, avec addition d'un quart d'alcool; ces applications précédées chaque fois de l'arrosage de la plaie à la seringue.

Il n'y eut pas un seul jour de fièvre; c'est-à-dire, ni frisson ni chaleur insolite; l'appétit et le sommeil des plus satisfaisants. Mais ce qu'il y eut de plus surprenant, c'est que les accès de toux, suivis d'expectoration abondante, qui existaient depuis plus d'une année, cessèrent presque complètement après le huitième jour.

Quant à la cicatrisation de la plaie, elle fut des plus régulières. Les bourgeons charnus de la plus belle apparence, touchés de temps en temps avec le crayon d'azotate d'argent et pansés alternativement, en dernier lieu avec la glycérine et l'eau phéniquée, marchèrent régulièrement et graduellement vers une restauration et réparation complète de l'excavation laissée par l'extirpation de la tumeur. La bordure de la plaie, résultant de la moitié circulaire de l'eschare cutanée, resta plus de trois semaines en place sous la forme d'un ruban desséché et parfaitement adhérent à la couche celluleuse cutanée. Il ne s'en détacha que peu à peu et par parties. Il fut facile de s'assurer pendant ce travail de ce double fait, à savoir : que la bande de l'eschare, très consistante et adhérente, formait une barrière infranchissable au passage des liquides de la plaie, et s'opposait ainsi à toute absorption par les bords de cette dernière.

Telle est la première opération grave pratiquée avec l'aide de l'insensibilisation caustique. Il a été possible d'y suivre pas à pas toutes les particularités propres à caractériser cette nouvelle ressource chirurgicale, et d'apprécier les avantages qu'il est permis d'en attendre. Je me dispense donc de sortir du fait particulier par une généralisation anticipée de ses résultats. Je laisse aux chirurgiens le soin d'en juger les applications possibles, et, à l'avenir, de montrer jusqu'où l'anesthésie caustique pourra, je ne dis pas suppléer, mais venir en aide, dans des cas déterminés, à l'anesthésie par le chloroforme.

(*France Médicale.*)

CAS CURIEUX DE TÉRATOLOGIE

Rapporté par le journal *La Cronica Medica.*

Dans un bourg des environs de Valence, une jeune primipare de 19 ans vient de donner le jour à un enfant du sexe féminin conformé comme suit :

Tête de volume et dimensions ordinaires, un œil unique situé au dessus de la racine du nez, et recouvert d'un épais sourcil. Tronc normal, cordon ombilical implanté à sa place ordinaire, avec ses caractères habituels. Des deux extrémités inférieures, une seule complète et se continuant directement avec le sacrum, de sorte que l'articulation iléo-fémorale était remplacée par une articulation sacro-fémorale et, à la partie postérieure et supérieure de ce membre, existait un appendice charnu de 8 centimètres de long, indiquant le rudiment de l'extrémité absente.

La grossesse et l'accouchement n'ont offert aucunes particularités.

UN CAS D'AVORTEMENT TERMINÉ PAR L'ÉLECTRICITÉ

Par le Dr Ezequiel Alcade Varela.

Le sujet de l'observation est une femme de Cabezon (Villadolid) âgée de 38 ans, mariée, de bonne conduite, multipare, d'un tempérament lymphatique, et d'une faible constitution.

Après être restée deux mois environ sans voir ses règles, cette femme fut prise tout à coup d'une hémorrhagie, dont le début fut facilement interprété comme un retour de période menstruelle. Mais le flux sanguin continua bientôt avec une intensité qui décida la malade à faire venir son médecin. Les moyens les plus variés comme les plus énergiques furent en vain employés pendant plus de huit jours. La malade était réduite à la dernière extrémité, d'une pâleur cadavérique, le pouls filiforme (140 pulsations), lorsque, soupçonnant la présence d'un corps étranger, qui entretenait l'hémorrhagie, le Dr Varela résolut d'employer la machine électrique à plateau qui se trouvait chez le curé du village. Les réophores furent appliqués sur l'abdomen et le mari de la malade mit la machine en mouvement. Au bout de quelques secondes, une énergique contraction expulsa le corps du délit, ou l'ovule, et dès cet instant la malade parut transformée complètement.

Nous avons à regretter que cette observation, qui est très détaillée, et dont nous nous bornons à faire le résumé, ne soit pas suivie des réflexions que comporte une pareille histoire clinique.

(*Le Médecin praticien*).

DYSTOCIE GRAVE OCCASIONNÉE PAR UN MYOME INTERSTITIEL DÉVELOPPÉ A L'UNION DU COL ET DU CORPS DE L'UTÉRUS GRAVIDE. — OBSTRUCTION DU CONDUIT PELVIEN. — DÉFAUT DE DILATATION DE L'ORIFICE CERVICAL. — MORT PENDANT LE TRAVAIL.

Par M. le Dr Doléris.

La nommée X..., âgée de 40 ans, est apportée à la Clinique d'accouchements, service de M. le Dr Charpentier, suppléant M. le professeur Depaul, le 19 octobre au matin. — Elle est dans un état fort grave : le pouls est petit, irrégulier et fort rapide, la respiration haletante, la peau froide et couverte de sueur, le faciès grippé et asphyxique. La malade est plongée dans une prostration profonde.

Voici les détails recueillis séance tenante : A l'âge de 22 ans, elle a accouché prématurément d'un enfant arrivé à peu près au terme de 7 mois et demi. — Elle est redevenue enceinte il y a 8 mois environ. Les renseignements manquent sur son état de santé durant le long intervalle de ses deux grossesses et la durée de la gestation actuelle ; il paraît certain, néanmoins, qu'elle n'a éprouvé ni maladies ni accidents graves : pertes, hémorrhagies, etc.

Le 13 octobre dernier, sept jours par conséquent avant son arrivée à l'hôpital, sans cause déterminée, elle aurait perdu spontanément les eaux en abondance. Par la suite, elle a éprouvé quelques douleurs vagues, et se croyant en imminence d'accouchement, elle a consulté une sage-femme. Celle-ci s'est livrée à un examen long et minutieux, paraît-il. On ignore d'ailleurs de quelle nature a pu être l'intervention de l'accoucheuse, mais presque aussitôt après la femme perdait une grande quantité de sang.

Ceci se passait le 17 octobre. Le lendemain, la malade éprouvait un malaise vague, bientôt suivi de phénomènes de mauvais augure ; douleurs abdominales, frissons, longues périodes d'affaissement accompagnées de lipothymies, succédant à des phases d'excitation nerveuse. Il se faisait par la vulve un écoulement extrêmement fétide, alternant avec de véritables hémorrhagies. Au milieu de cet état d'a-

battement et de ces troubles, indices significatifs d'une infection générale, les douleurs contractiles de l'utérus apparaissent rarement et se manifestent très faiblement.

19 *octobre*. Nous la trouvons dans l'état que j'ai indiqué en commençant. M. Charpentier juge urgent de hâter le travail par tous les moyens possibles, de façon à soustraire la malade aux effets de la putréfaction de l'œuf. Cette putréfaction est de toute évidence, et outre l'odeur fétide qu'exhale le liquide qui s'écoule par la vulve, on perçoit très nettement une crépitation superficielle sur toute l'étendue de l'abdomen, atteignant la racine des cuisses et la base du thorax jusque vers la partie postérieure du tronc, crépitation qui ne peut être attribuée qu'au développement des gaz putrides dans l'épaisseur même de la paroi du ventre et jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'abdomen n'est pas très volumineux, et s'il existe en même temps de la physométrie et de l'emphysème du fœtus, ce doit être à un faible degré.

Le col utérin est long de 5 centimètres de l'orifice externe à l'orifice interne ; il se laisse pénétrer facilement par le doigt ; l'excavation paraît libre et on sent la tête fœtale en G. I. O. A., qui descend un peu au-dessous du plan du détroit supérieur, à peine engagée par conséquent. Inutile de dire que les battements du cœur de l'enfant ne s'entendent point. Les contractions sont rares. On prescrit pour la journée des lavages antiseptiques de la cavité vaginale et quelques injections sous-cutanées d'éther. On procède en outre à l'introduction successive de dilatateurs de Barnes de plus en plus volumineux, de manière à élargir le conduit cervical et à obtenir rapidement la dilatation. La journée se passe ainsi. Le soir, vers 5 heures, on constate que le col est encore long, mais que deux ou trois doigts peuvent être facilement introduits. Il parut même que le tissu cervical semblait induré sur un point et comme fibreux ; ce ne fut cependant qu'une remarque passagère à laquelle on n'attacha guère d'importance.

Comme l'état de la malade empirait notablement, malgré la vive répugnance qu'il éprouvait à intervenir dans de si mauvaises conditions, mais calculant que la seule chance de salut qui restât consistait dans une rapide délivrance, M. Carpentier fit des tentatives pour amoindrir la tête, puis la broyer au moyen du cephalotribe. Il faut se hâter de dire que tout fut inutile ; c'est à peine si l'introduction d'une seule branche de l'instrument pouvait s'effectuer ; la tête fuyait au-

dessus du détroit supérieur, quelque précaution que l'on prît pour la maintenir. On essaya successivement du crânioclaste, d'un petit forceps, de crochets mousses, de pinces à os, mais sans plus de succès. C'est avec les plus grandes difficultés que la voûte crânienne du fœtus put être saisie par son extrémité la plus accessible ; on réussit seulement à la déformer par la pression des instruments, sans pouvoir l'engager. — L'obstacle, il faut bien en convenir, paraissait tenir surtout au col, qui ne se dilatait pas, et aussi à la mobilité de la tête, qui paraissait éprouver pour sa descente une difficulté inexplicable. La nature de cette difficulté ne fut connue que plus tard. Il fallut renoncer à l'espoir de terminer l'entreprise. Les douleurs, très faibles, ne se produisaient qu'à de rares intervalles ; la malade allait s'affaiblissant de plus en plus. Elle expira trois quarts d'heure environ après qu'on eut cessé toute intervention.

Autopsie, pratiquée 24 heures après la mort. — En voici les détails importants : Le ventre est peu développé. Les gaz qui, pendant la vie, existaient dans le tissu cellulaire sous-cutané, ont disparu. A l'ouverture de la cavité abdominale il ne s'en échappe point non plus ; les anses intestinales sont affaissées et très peu congestionnées dans leur tunique séreuse. Çà et là, cependant, le grand épiploon a contracté quelques adhérences faibles, récentes, avec des points enflammés du péritoine pariétal. Il y a environ cinquante grammes de sérosité louche dans le petit bassin.

L'utérus remonte jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessus de l'appendice xyphoïde ; sa surface est arborisée par places et on y aperçoit çà et là un mince exsudat fibrineux. L'ovaire droit est fortement congestionné. Toutes ces parties exhalent une odeur extrêmement fétide, mais nulle part il n'existe des traces de suppuration ou même d'inflammation bien intense.

J'enlève l'utérus dans son entier, avec le fœtus qu'il contient, en détachant avec le plus grand soin les ligaments à leur insertion et en disséquant les adhérences qu'il a contractées du côté gauche vers les parties molles du petit bassin, ou mieux du plancher pelvien. J'obtiens ainsi la pièce complète, contenant et contenu, dont l'examen me permet d'établir les rapports réciproques.

En désinsérant le ligament large du côté gauche, j'ai constaté déjà la présence d'un corps volumineux adhérent au segment latéral inférieur de la matrice et contribuant à maintenir le col très haut dans la zone supérieure de l'excavation. Ce corps est un énorme fibro-

myome qui oblitère la moitié gauche de l'aire du détroit supérieur, ce dont je puis m'assurer en essayant vainement de presser à travers les parois utérines sur la tête fœtale pour la faire descendre.

Une fois l'organe enlevé, j'en pratique la section longitudinalement et sur la ligne médiane antérieure, depuis le fond jusqu'à l'orifice antérieur du vagin. Le col est long de plus de 3 centimètres dans toute son étendue ; avant de l'inciser, j'ai pu y introduire l'extrémité effilée de la main.

Je reconnais que le fibrome déjà entrevu est d'un volume approchant de celui d'une tête de fœtus à terme, que sa consistance est considérable, fait important ; qu'il est inclus dans la paroi utérine gauche et développé partie dans le tissu du corps, partie dans celui du col, laissant libre la majeure partie du corps et à peine un bourrelet du col de 1 centim. 1/2 sur la demi-circonférence gauche, la demi-circonférence droite étant libre et indépendante du néoplasme. La tumeur est assez régulièrement arrondie ; elle fait dans la cavité de la matrice une saillie notable ; un peu moindre à l'extérieur. La portion intra-utérine est tapissée par la caduque, érodée, déchirée, infiltrée de sang et recouverte d'une couche putrilagineuse, au milieu de laquelle on reconnaît des débris de membranes ; c'est là évidemment la source des hémorrhagies qui ont précédé le travail et qui ont reparu au moment des tentatives d'extraction. La portion extra utérine adossée à la zone supérieure de la paroi pelvienne gauche est recouverte par les replis du ligament large.

On peut très aisément se rendre compte de l'amincissement subi par la paroi de l'utérus dans la moitié droite de la zone cervicale supérieure, amincissement décrit par Braune et Bandt, mais qu'ici je ne trouve pas aussi accusé que ces auteurs l'ont indiqué. Il y a évidemment une différence assez notable entre l'épaisseur des lèvres du col et celle de la zone cervicale supérieure ; mais il n'y a pas entre celle-ci et l'épaisseur des parois du corps cette disproportion caractéristique signalée par les auteurs précités, et qui leur a permis d'établir l'existence de deux segments distincts pour le col de l'utérus gravide près du terme : 1° segment supérieur infundibuliforme, allongé et fort aminci, limité en haut par l'orifice interne de Braune, en bas par l'anneau de Muller ; 2° segment inférieur, court et épais, cylindroïde, limité en haut par l'anneau de Muller et en bas par l'orifice externe du col s'ouvrant dans le vagin.

Le cas particulier trouve une explication plausible de son désaccord

avec les autres faits, dans les remarques suivantes : défaut d'engagement de la tête dans le bassin ; âge avancé de la femme; enfin présence de la tumeur sur un des côtés du col et transformation fibreuse de l'organe à un degré quelconque.

Il n'existait ni déchirures ni dilacérations profondes. Les vaisseaux et sinus utérins étaient gorgés de sang noir, épais et putride.

Le placenta est inséré sur le segment droit de l'utérus, assez près du col, mais insuffisamment pour avoir été décollé par les contractions. La tête fœtale porte les traces des tentatives opératoires, elle est aplatie, allongée, déformée dans la partie qui a pu être atteinte et saisie par les instruments. On peut voir qu'elle n'a pas dépassé l'anneau qui constitue l'orifice interne.

L'examen de fragments de la tumeur, dissociations et coupes, a été fait au laboratoire d'histologie de la Clinique, par M. Moulonguet, externe du service. « Le tissu est très vasculaire et presque uniquement constitué par des éléments jeunes, fibres musculaires lisses et fibres conjonctives, enveloppés par une trame déliée et rare d'éléments conjonctifs adultes. » C'est donc un fibro-myome classique avec la caractéristique habituelle de l'accroissement rapide que subissent ces sortes de tumeurs pendant la grossesse.

Réflexions. — Il n'est pas utile d'insister sur la cause immédiate de la mort qui, comme il est facile d'en juger, a été produite par une septicémie rapide ayant son origine dans la décomposition des tissus fœtaux et du sang provenant de la surface intra-utérine de la tumeur. Les produits septiques de la putréfaction ont pu pénétrer l'organisme maternel par les différentes voies absorbantes ouvertes au niveau des parties lésées de la muqueuse, et cela avec une grande promptitude.

Cliniquement, il n'est pas sans intérêt de nous arrêter au point de vue de la dystocie occasionnée par les myômes utérins, sur la variabilité de la terminaison. Ceux qui entraînent les plus grands dangers sont assurément les myômes interstitiels et, parmi ceux-ci, ce sont ceux qui ont pris le développement dans le segment inférieur de l'utérus. Tandis que les tumeurs de ce genre appendues au corps et devenues sous-péritonéales se déplacent au moment de l'accouchement, que celles qui sont appendues au col sous forme de polypes souvent volumineux sont chassées au-devant de la partie fœtale qui se présente et deviennent à un moment donné assez accessibles, par le vagin, pour que l'excision en soit généralement aisée, les fibromes se présentant avec les caractères et dans les circonstances que je viens d'indiquer

à propos du cas malheureux qui m'occupe, sont d'ordinaire l'occasion de dystocie entièrement grave. Cette gravité est encore augmentée lorsque le myôme, au lieu de subir un ramollissement notable qui permettrait à la partie fœtale de se mouler, à la longue, dans le pelvis rétréci, en comprimant, en laminant en quelque sorte la tumeur, conserve exceptionnellement la consistance et la dureté qui lui sont propres hors l'état de grossesse ; ce qui était le cas ici.

Qu'il me soit permis de dire deux mots d'un fait qui s'est présenté il y a peu de temps à la Clinique, et dans lequel, contre toute attente, la terminaison s'est faite quasi-spontanément. La femme en question était envoyée par M. le Dr Maygrier, qui avait constaté l'existence d'un énorme fibrome, formant dans l'abdomen une saillie très nette juxtaposée au côté gauche de l'utérus gravide. Cette tumeur remontait presque jusqu'à cinq travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Du côté du bassin, on la sentait proéminer et occuper la plus grande partie de l'excavation, après avoir refoulé le col tout à fait sur la droite. Après quatre jours d'un travail énergique et soutenu, l'orifice était à peine dilaté, et on pouvait craindre que la partie gauche du col restée résistante et dure ne se prêtât point à la dilatation. La perforation de la tête fœtale, suivie de la dilacération de la matière cérébrale, fut pratiquée, et malgré tout il paraissait absolument impossible que l'expulsion de l'enfant eût lieu par les voies naturelles. C'était évidemment un cas dans lequel beaucoup auraient tenté l'opération césarienne, sans plus attendre. Nonobstant, fort de son expérience de cas analogues, et basant la raison de sa conduite sur la donnée du siège d'implantation de la tumeur et son indépendance relative par rapport à l'utérus, M. Charpentier préféra attendre encore ; au reste, la parturiente n'éprouvait aucun symptôme bien alarmant. Grâce à cette expectation prudente, elle a pu jouir du bénéfice de l'accouchement spontané, sans intervention chirurgicale ; elle s'est définitivement relevée au bout de quelques jours, sans avoir éprouvé de complications dans les suites de couches.

Par ce que j'ai dit précédemment, la cause de cette différence dans la terminaison est facile à saisir dans ces deux cas, qu'il est fort intéressant de rapprocher. Ici, nous avons affaire à une tumeur, diagnostiquée, volumineuse, saillante dans l'abdomen et dans le bassin, juxtaposée à la matrice, indépendante, par conséquent, sauf au niveau de son adhérence. Les contractions utérines ont agi sur cette tumeur, relativement pédiculée, en la forçant à remonter au fur et à mesure que

la tête fœtale s'engageait ; le myôme a accompagné le mouvement ascensionnel du segment inférieur de l'utérus qui s'élevait progressivement en décoiffant lentement l'extrémité fœtale. La chose était possible uniquement parce que la tumeur était hors de l'utérus et libre dans une certaine mesure. Du reste, ce mouvement de glissement l'un sur l'autre et en sens inverse de la tête fœtale et de la tumeur, celle-là descendant, celle-ci s'élevant au contraire, est un mécanisme bien connu de tous.

Chez la femme qui fait l'objet de notre présentation, à l'inverse du cas précédent, le myôme est interstitiel, c'est-à-dire fusionné avec le segment gauche inférieur de l'utérus, appartenant surtout à la portion cervicale de l'organe et de plus inclus dans l'excavation, recouvert et fixé par les attaches utérines avec lesquelles il a des connexions de tissus qui le relient plus ou moins solidement à la paroi pelvienne. Il a agi autant par obstruction que comme obstacle à la dilatation; Spiegelberg donne aux tumeurs ainsi placées le nom de *fibromes incarcérés*. On conçoit donc que la tête fœtale n'ait pas pu pénétrer dans le bassin et que l'effacement du col et son déplacement aient été impossibles.

(*Le Progrès médical*).

DANGERS ET AVANTAGES DE LA PONCTION EXPLORATRICE DES KYSTES DE L'OVAIRE

par Zweisel. (*Centralb. Für Gynœk*).

Depuis que, grâce aux mesures antiseptiques, l'ovariotomie est devenue une opération courante, peu de questions ont été aussi débattues que celle de la ponction préalable du kyste de l'ovaire. Les chirurgiens timides, doutant de leur sûreté diagnostique, ou plutôt ceux qui sont prudents, avant d'avoir recours à cette grave opération, complètent par une ponction exploratrice les notions que leur a fournies un examen attentif de la tumeur. D'autres, plus hardis, plus amis de l'imprévu, rejettent au contraire cette ponction et croient préférable d'entreprendre d'emblée l'ovariotomie. Malgré toutes les nombreuses discussions qu'a soulevées ce sujet, la question n'est pas résolue; on ne possède pas encore tous les éléments nécessaires à cette solution et c'est avec intérêt qu'il faut recueillir ceux qu'on trouve de temps en temps consignés dans la littérature médicale.

A ce titre, la communication faite par Zweisel est instructive et mérite l'attention des chirurgiens. Dans le cas qu'il rapporte, il s'agit

d'une jeune fille atteinte d'une tumeur ovarique. Le diagnostic porté était : kyste multiloculaire de cet organe. Avant de décider l'ovariotomie, l'auteur fit, suivant son habitude en pareil cas, une ponction aspirante avec l'appareil de Potain. Aucun incident spécial ne se produisit pendant l'opération. Il s'écoula un liquide jaunâtre, rappelant par son aspect absolument celui du pus; au microscope, on ne trouva autre chose que des globules graisseux, c'était un kyste dermoïde. A peine la canule fut-elle retirée de la plaie abdominale, que la malade commença à se plaindre de douleurs violentes dans le ventre; elle éprouva un malaise, des envies de vomir, de la difficulté à respirer, en un mot, elle présentait tous les signes d'une péritonite suraiguë à son début, produite vraisemblablement par la pénétration du liquide dans la cavité péritonéale.

« L'ovariotomie fut aussitôt décidée et on fit de suite tous les préparatifs pour la pratiquer sur-le-champ. Au bout de 2 heures, on put commencer l'opération, qui ne présenta rien de spécial, sinon qu'elle permît de constater la présence du liquide dans la cavité péritonéale. La malade guérit.

A côté du danger de la pénétration des liquides contenus par le kyste dans la cavité péritonéale, on en a observé et signalé plusieurs autres, tels sont : la suppuration, la perforation d'un vaisseau important de la paroi abdominale et de la tumeur, la pénétration d'un élément septique. Une poussée de péritonite partielle se faisait autour de la piqûre et gênant considérablement, par les adhérences qu'elle établit, l'opération ultérieure.

En présence de ces dangers, quels sont donc les avantages qui font qu'on ne renonce pas à cette ponction. C'est que, par la ponction, on confirme le diagnostic, on se met pour l'opération dans des conditions de sécurité absolue.

Maintes fois il est arrivé que des chirugiens trop téméraires, après avoir ouvert la paroi abdominale, se sont aperçus qu'ils avaient fait une erreur de diagnostic, ou qu'ils se trouvaient en présence d'une tumeur qui, par sa nature maligne, excluait toute intervention chirurgicale.

Entre les dangers qui accompagnent la ponction et ceux qui sont la conséquence d'un diagnostic incomplet, par suite du manque de renseignements que pourrait fournir le liquide de la tumeur, le chirurgien doit choisir si c'est du côté de la ponction que la prudencce doit faire pencher la balance.

D'ailleurs, les dangers de la ponction seront considérablement atténués, si chaque fois que l'on fait cette opération, on se met en mesure de pouvoir faire de suite après, si cela est jugé nécessaire, la laparotomie. Étant ainsi en garde contre toute surprise, le chirurgien n'a plus rien à craindre, et il ne serait guère excusable de renoncer ainsi à la légère aux renseignements que peut lui fournir cette petite opération préliminaire.

(*Revue médicale française et étrangère*).

L'INVOLUTION UTÉRINE.

D'après le Dr Ganzinotty (Th. Nancy, 1882), il y a deux types d'involution normale, le type de retrait rapide et le type de retrait lent. Dans le premier, le fond utérin disparaît derrière le pubis entre le onzième et le douzième jour ; dans le second, entre le quinzième et le seizième jour après l'accouchement. Il faut établir la distinction de ces deux types, par suite de variétés de volume de l'utérus. Dans le premier type, le retrait quotidien moyen est plus fort que dans le deuxième type : du reste, dans l'un et l'autre cas, l'involution est régulière et les deux tracés sont à peu de chose près parallèles.

La primiparité n'est pas une condition favorable à la rapidité du retrait utérin : l'utérus des pluripares est plus petit dans les premiers jours des couches en raison de l'absence de fatigue de ses éléments contractiles, à la suite du travail qui est en général rapide, en raison aussi des tranchées qui font rarement défaut aux pluripares et qui favorisent la rétraction de l'utérus.

L'arrivée de la grossesse à son terme est une condition favorable à l'involution.

Une longue durée du travail retarde l'involution.

D'autres causes agissent *passagèrement* sur le processus de régression utérine :

1° La lactation, fonction utérine, favorise le retrait.

2° Les lochies sont normales, dans les cas de retrait rapide ; elles sont parfois fétides, quand le retrait est lent, sans qu'on puisse dire que l'utérus volumineux, qui caractérise le tracé lent, soit une prédisposition à la fétidité.

3° Le seigle ergoté a une action sur la rapidité de la contraction de l'utérus dans les premiers jours ; mais il n'agit pas d'une manière constante.

4° Les tranchées des pluripares activent le mouvement de la régression utérine.

L'élément fièvre n'arrête pas le processus d'involution utérine.

Ce n'est pas davantage l'arrêt d'involution qui cause la fièvre.

La fièvre et l'arrêt concomitant dépendent d'une cause commune agissant à la fois sur l'état général et l'état local.

Ce n'est pas une subinvolution aiguë.

C'est l'infection septique locale qui détermine la fièvre et une lymphangite utérine bénigne, donnant lieu à l'arrêt passager d'involution.

(*Revue de Thérap.* et *Journal d'accouchem. de Liège.*)

UN CAS DE PROLAPSUS DE LA MUQUEUSE DE L'URÈTHRE

Par V. Olivarius, médecin à Holback.

Une jeune fille de neuf ans, qui tachait son linge et se plaignait, depuis une dizaine de jours, de violentes coliques, présentait, entre les grandes lèvres, une tumeur cylindrique, arrondie, rouge, ulcérée à sa partie antérieure et recouverte d'une matière sanguinolente et puante ; cette grosseur avait trois centimètres de long et deux centimètres de diamètre. On n'y apercevait trace d'aucun orifice, mais, comme la tumeur siégeait précisément à l'orifice de l'urèthre, le médecin chercha une ouverture avec un cathéter et il la trouva de suite : l'urine s'écoula.

Le traitement consista à introduire une sonde en gomme dans l'urèthre, à lier la base de la tumeur sur la sonde et à couper en avant de la ligature. La malade fut guérie au bout de six jours.

Ces cas de prolapsus de la muqueuse uréthrale sont, dit l'auteur, sans doute très rares. Le docteur *Ingerslev* en a rapporté un dans *Hospitals Tidende* (2e série, t. VIII, n° 26). *Heinrich Fritsch* décrit cette maladie et le traitement qu'a employé l'auteur dans son *Traité des maladies des femmes*. (*Hospitals Tidende*, 1883).

(*Revue Médicale Française et Etrangère.*)

ALTÉRATION SPÉCIALE DE LA PEAU PENDANT LA GROSSESSE

Par R. J. Oswallt.

Une femme de quarante ans, mère de quatre enfants, était parvenue au cinquième mois d'une nouvelle grossesse, lorsqu'elle s'aperçut que l'avant-bras de chaque côté se couvrait dans son tiers supérieur d'une éruption squameuse. A ce niveau la peau se mit à durcir peu à peu, comme dans les cas d'éléphantiasis ; en même temps il se fit une tuméfaction œdémateuse des téguments. Ces modifications gagnèrent peu à peu tout l'avant-bras et la main, et plus tard, c'est-à-dire deux mois avant la délivrance, les membres inférieurs. Cette femme accoucha sans difficulté. Dans les jours qui suivirent, la peau du front, du visage et du cou présenta successivement les modifications mentionnées plus haut : durcissement, desquamation œdémateuse. A noter que cette singulière dermatose s'accompagnait de douleurs violentes. Le traitement consista dans le repos absolu et dans l'administration des alcalins. Sept semaines après la délivrance, ces modifications de la peau avaient presque entièrement disparu ; il ne restait plus que quelques pustules aux jambes.

Cette femme racontait que huit années auparavant, lors de sa quatrième grossesse, elle avait déjà eu aux avant-bras, aux mains et aux jambes, une éruption de ce genre, mais beaucoup moins prononcée et beaucoup plus circonscrite, éruption qui avait disparu sans traitement, au bout de trois semaines.

(*La Semaine Médicale*).

HYMEN IMPERFORÉ PERSISTANT PENDANT LE TRAVAIL.

Grey, de Bangor, nous écrit (*British medical Journal*) : Appelé le 25 avril pour une femme en travail depuis deux jours, jugez quelle fut ma surprise en trouvant l'orifice vaginal complètement fermé par une membrane assez mince en avant, mais qui s'épaississait graduellement en arrière, jusqu'à 1 pouce 1/2 du méat (3 centimètres 81), et à travers laquelle on sentait très bien la tête du fœtus. J'abandonnai l'accouchement pendant près de cinq heures, et à mon retour les choses n'avançant pas, je sciai avec l'ongle le tiers antérieur de la membrane et j'attendis encore quelques instants. Les douleurs devenaient

de plus en plus vives ; une application de forceps me permit de terminer l'accouchement. Dans ce cas fort intéressant au point de vue médico-légal, un simple coït avait suffi pour la fécondation par imprégnation.

AFFECTIONS UTÉRINES ET STÉRILITÉ.

Théoriquement, conclut *Duncan*, le célèbre professeur de gynécologie, il semble raisonnable de rattacher la dysménorrhée et la stérilité à la rigidité du col. Tous ceux qui ont pris l'habitude de dilater ce conduit avec des bougies graduées savent combien cette manœuvre est difficile chez les dysménorrhéiques. Quand cette rigidité sans obstacle mécanique a été définitivement vaincue, la fécondation doit s'opérer plus facilement.

Et cela se comprend aisément, car au moment du coït il paraît y avoir normalement dilatation de tous les orifices, qu'un état nerveux particulier, une intensité trop grande dans les appétits sexuels peuvent empêcher. En conséquence, toute femme âgée de 15 à 45 ans est considérée comme susceptible de fécondation, et si elle demeure stérile, le médecin base en général son traitement sur cette idée que le spermatozoïde n'arrive pas à l'ovule, et là-dessus il essaye divers moyens qui échouent dans un grand nombre de cas. Pourquoi ne pas alors invoquer une autre cause et dire : la grossesse ne pouvant pas être menée à terme, la fécondation n'a pas lieu. Sans doute cela paraît plus obscur que la théorie si simple de l'obstacle à la progression des zoospermes. Mais c'est cependant à ce résultat que conduisent les études et les observations de Grunwaltd, de Saint-Pétersbourg. Pour lui, la nature n'a mis d'autres limites que l'âge à la fertilité de la femme. S'il y a stérilité, elle n'est pas en quelque sorte idiopathique, mais symptomatique d'un état utérin particulier, endométrite, mésométrite, paramétrite et périmétrite. L'utérus étant sain, peu importent les spasmes, la dysménorrhée, etc., et comme preuves à l'appui il cite 26 cas de grossesse, dont 17 avec ces troubles très marqués.

(*La France médicale*).

CORPS ÉTRANGER DU VAGIN ENLEVÉ AU BOUT DE QUATRE ANS

Par Charles Coster.

L'auteur rapporte un cas qu'il a observé chez une jeune fille qui, atteinte d'un écoulement leucorrhéique, voulut en arrêter le flux en s'introduisant une baleine dans le vagin. On ne découvrit ce corps étranger que par hasard, en pratiquant le toucher, et alors on se mit en mesure de l'extraire. Il s'était formé tout autour un tissu induré, qu'on fut obligé de sectionner pour pouvoir enlever la baleine. Au bout de quelque temps, la malade devint enceinte et pendant le travail la tête vint butter contre l'anneau cicatriciel qui existait dans le vagin, qui paraissait devoir éclater ; on sectionna ce tissu induré et le travail put se terminer favorablement. Un second accouchement eut lieu ensuite tout à fait normalement.

(*Moniteur de thérapeutique*).

DE L'OMPHALITE DES NOUVEAU-NÉS

Par Anna Lukens.

L'inflammation de l'ombilic peut remonter à la vie intra-utérine, et avoir pour cause, dans ce cas, l'enroulement ou la brièveté du cordon ; mais elle est, le plus souvent, une affection des premiers jours de la naissance. Elle se présente à des degrés divers : depuis la rougeur plus ou moins étendue de l'ombilic, la tension des parois abdominales, une phlébite légère de la veine ombilicale, qui constituent la forme la plus bénigne, jusqu'à l'érysipèle envahissant, l'inflammation phlegmoneuse, la phlébite suppurée, la péritonite et les convulsions.

Cette affection est primitive ou secondaire : elle peut être le résultat d'une ligature vicieuse, d'un pansement inopportun, de la malpropreté, d'un traumatisme. On peut observer une hémorrhagie ombilicale, de l'ictère, la pyémie. L'occlusion de la veine ombilicale débute quelquefois avant la naissance ; il est rare, en conséquence, qu'elle soit le point de départ d'une embolie de la veine porte. Mais, par le fait d'une phlébite suppurée ou simplement en puisant du pus à la surface de la plaie ombilicale, elle peut causer une infiltration purulente de tout l'organe hépatique, comme dans le cas de Bednar. Un autre mécanisme des désordres hépatiques réside dans l'extension de

l'inflammation à la capsule de Glisson, la compression des canaux biliaires produisant l'ictère par rétention.

Les symptômes de la phlébite sont : la teinte ictérique ou la cyanose des téguments ; les hémorrhagies ; des éruptions de pemphigus ; la gangrène ; la suppuration abondante du nombril ; la péritonite et la méningite terminent souvent la scène. La mort peut encore être le résultat d'une intoxication septique, d'embolies, d'abcès métastatiques ou de thromboses. Le pronostic est donc très grave.

L'artérite (des artères ombilicales) offre bien moins de gravité ; elle n'entraîne que très rarement la fièvre, l'ictère ou la pyémie. Elle présente souvent des symptômes viscéraux : rétention d'urine, miction douloureuse ; sensibilité de la région hypogastrique. On fait sourdre le pus de l'ombilic en pressant sur leur trajet. Si l'ombilic est cicatrisé, le pus, directement repris par la veine, peut devenir une cause d'infection générale. Les lymphatiques sont aussi les agents de ce transport ; mais, en somme, les accidents généraux qui accompagnent l'artérite sont exceptionnels. (*The New York med. Journ.*, juin 1882, p. 584.)

(*L'Union Médicale.*)

VESSIE IRRITABLE CHEZ LA FEMME,

Par Etheridge.

Affection dont le symptôme principal est la pollakiurie et dont les causes sont intrinsèques ou extrinsèques. Dans la première catégorie se rangent l'oxalurie, le diabète, l'albuminurie ; les urines sanglantes ou purulentes ; une lésion de l'urèthre, l'uréthrite, les polypes, le rétrécissement, la dilatation ; ou de la vessie, cancer, kyste, tubercule, hypertrophie, corps étranger.

Les causes éloignées de la vessie irritable sont beaucoup plus nombreuses : congestion ovarienne ; déplacements de l'utérus, causes psychiques, etc.

Le traitement est en rapport avec l'étiologie. Quand, par exemple, il s'agit d'un excès d'acide urique dans les urines, on arrivera à transformer cet acide en urée, qui n'est qu'un degré d'oxydation supérieur au moyen du permanganate de potasse à l'intérieur (doses homœopathiques de 0 g. 02 trois fois par jour). Les carbonates alcalins arri-

vent au même résultat en neutralisant l'acide urique en excès. L'usage des fruits acides est également recommandé. La cystite est plus rebelle au traitement : on conseille le citrate de potassium. La diète lactée a donné de beaux succès ; et, en général, les alcalins, la teinture de cantharides, le bromure d'ammonium et les laxatifs.

(*Virginia med. Monthly*, et *Practitioner*, août 1882.)

UN CAS D'HYDROCÈLE CHEZ LA FEMME.

Le Dr Joseph *Bell*, chirurgien de l'infirmerie royale d'Édimbourg, fut consulté en 1880 par une demoiselle de 45 ans, qui présentait dans la lèvre droite une tumeur qu'elle supposait être une hernie ; cette tumeur avait à peu près le volume d'un œuf de dinde et elle était parfois douloureuse. Plusieurs fois on crut qu'elle était étranglée et on fit des tentatives de réduction. On avait conseillé à la malade de prendre un bandage herniaire, mais elle ne pouvait pas le supporter. La menstruation était régulière et elle ne paraissait exercer aucune influence sur le volume et sur les symptômes de la tumeur. Quoique celle-ci s'étendit jusque dans le canal inguinal, on ne sentait aucune impulsion pendant la toux, en mettant le doigt sur l'orifice inguinal, il n'y avait donc pas de communication liquide avec le péritoine. Le Dr J. Bell fit une ponction et retira dix onces d'un liquide citrin exactement semblable à celui que l'on trouve dans l'hydrocèle de la tunique vaginale chez l'homme. Cette ponction amena beaucoup de soulagement, mais la tumeur réapparut en quelques semaines. Une seconde ponction donna les mêmes résultats ; aussi la troisième fois J. Bell fit, après la ponction, une injection de 7 grammes de teinture d'iode et, cette fois, la guérison fut rapide et durable.

Cette observation est rapportée dans le *Edimbourg medical Journal* (septembre 1881). Le Dr Wile de Sandyhook a publié un bon article sur le même sujet dans le *American Journal of obstetrics* (juillet 1881).

HÉMORRHAGIES MENSTRUELLES SUPPLÉMENTAIRES PAR LA CICATRICE ABDOMINALE D'UN ABCÈS ANCIEN

Par le docteur de Cérenville.

Une jeune fille de 21 ans, dont M. le docteur de Cérenville a lu l'observation à la Société vaudoise de médecine, le 2 mars dernier,

avait été traitée pour un abcès enkysté du péritoine. Les incisions avaient été faites de chaque côté de l'abdomen, à trois travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart, et étaient cicatrisées depuis longtemps. Pendant le traitement qu'elle suivait à l'hôpital pour un embarras gastrique, M. de Cérenville observa, au moment des règles, en outre de l'écoulement menstruel normal, un suintement sanguin notable par les cicatrices des anciens abcès.

Ce phénomène a été observé après les ovariotomies, à la partie inférieure de la cicatrice, au niveau du pédicule de la tumeur. (*Revue med. de la Suisse Romande*, 15 avril 1882, p. 215.) — L. D.

(*L'Union médicale.*)

THROMBOSE PULMONAIRE PUERPÉRALE ; GUÉRISON.

Ce cas est intéressant à cause de l'apparence excellente de l'accouchement. Femme de 40 ans, à son sixième enfant, présentation du sommet. Col dilaté, membranes entières. Les douleurs étant rares, on donne un peu d'ergotine ; celles-ci se rapprochent, la poche se rompt, l'accouchement a lieu une demi-heure après, à peine de sang perdu, un peu d'agitation. Délivrance immédiate.

Soudain, dyspnée excessive, état asphyxique, coma. Saignée de 500 grammes et frictions de la poitrine avec un lininent belladoné. Aussitôt la malade renaît et peut avaler un drastique que je trouve indiqué par l'œdème pulmonaire. Il persiste encore de violentes palpitations, que l'ammoniaque, la digitale et à l'extérieur la belladone finissent par maîtriser. Une heure et demie après, la malade était complètement remise, après avoir expectoré facilement une notable quantité de mucus aéré d'une couleur rose brillante. Les lochies apparurent trente-six heures après et aujourd'hui la malade affirme qu'elle ne s'est jamais relevée aussi rapidement après ses couches. (*British med. Journ.*, *et Journal de médecine de Paris*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DOIT-ON FAIRE BOUILLIR LE LAIT POUR LES PETITS ENFANTS (1).

Si en France on n'est pas d'accord, même à l'Académie de médecine, sur l'alimentation des jeunes enfants, il en est probablement ainsi dans tous les pays civilisés, où l'on tient à faire autrement que les

(1) *Canada médical and journal, october* 1882 ; *et The College and Clinical Record.*

sauvages et que les animaux — tout en faisant plus mal. En Amérique, on ne s'entend pas mieux qu'en France à ce sujet. « Doit-on faire bouillir le lait ? Vaut-il mieux s'en servir au naturel ? » L'auteur de l'article que j'analyse ici avait avancé qu'il faut faire bouillir le lait pendant que règne la diarrhée d'été.

Un correspondant critiqua assez vivement cette manière de voir et publia un article contre le lait bouilli dans *Cincinnati Lancet and Clinic.*

Voici la réponse avec les preuves à l'appui : On a dit que le lait bouilli n'était pas facile à digérer ; c'est toujours le contraire que nous avons vu, aussi bien dans la diarrhée chronique des adultes, dans la convalescence des maladies aiguës, dans la fièvre typhoïde, que chez les enfants. Le lait cru forme souvent dans l'estomac de larges coagula que l'enfant vomit ou rend par l'intestin, sans qu'ils soient digérés ; cela arrive moins avec le lait bouilli. On dit qu'il faut chauffer le lait un peu au-dessus de la température du corps : il vaut mieux l'élever à une haute température et le laisser refroidir un peu. En effet, le lait devient facilement acide ; il absorbe facilement les gaz et les odeurs, et peut facilement devenir un agent de transmission des maladies, en s'imprégnant des émanations des affections zymotiques, comme la fièvre typhoïde (Murchison), la scarlatine (Bell), la diarrhée (Wilson), etc.

Ce danger est signalé par les auteurs. Wilson (1), dans son traité d'hygiène, dit que beaucoup de diarrhées mortelles, survenues pendant l'été ou l'automne, tiennent à ce que le lait est impur, et aussi à ce que les biberons ne sont que rarement ou jamais proprement lavés. Aussi est-il d'avis de faire bouillir le lait, surtout dans la saison chaude. C'est aussi l'opinion exprimée par le Dr Day dans un ouvrage récent sur les maladies des enfants. Enfin Meigs et Pepper, J.-L. Smith parlent avec éloge des nourritures artificielles à base de lait bouilli, ajoutant que souvent elles sont mieux supportées que le lait cru coupé d'eau.

D'un autre côté, Bollinger a rendu des veaux tuberculeux en les nourrissant de lait de vaches tuberculeuses, et a montré une fois de plus qu'il est bon de désinfecter le lait par la chaleur.

Enfin, en ville, on a souvent du lait qui date de douze ou de vingt-quatre heures, dont la fermentation acide est très avancée, lait que l'on est obligé de soumettre à la cuisson si on veut le conserver.

(1) Page 53, 3e édition. Philadelphie 1877.

Il y a du vrai dans les raisons apportées par notre confrère américain; il est certain que plusieurs épidémies de fièvre typhoïde ont dû leur cause à la propagation de la maladie par le lait ; Taylor (1), Ballard (2) et d'autres auteurs (3) ont rapporté des faits probants. Murchison (4) eut six de ses enfants atteints après avoir fait usage de lait provenant d'une ferme où sévissait la fièvre typhoïde. Trois paroisses de Londres, dans lesquelles un grand nombre de personnes aisées faisaient usage du même lait, furent éprouvées par l'épidémie. Pasteur a démontré qu'au sortir du pis de la vache, le lait contient déjà des germes qu'il rencontre sur les tissus extérieurs ; à ceux-ci s'ajoutent ceux qu'il trouve dans les vases malpropres, dans les biberons mal lavés. Henry a fait dernièrement des recherches sur le lait des crèches de Paris : sur trente-et-un échantillons, vingt-huit ont donné un lait acide et rempli de vibrions et de bactéries ; ces végétations se trouvent surtout dans les tubes et les renflements.

Mais, est-ce que l'ébullition du lait suffira pour détruire tous ces germes, pour empêcher que le lait de mauvaise qualité ne donne la diarrhée aux enfants ; je ne le crois pas. Le lait bouilli fermentera lui aussi ; les vibrions des tubes s'y développeront lorsqu'il sera refroidi.

Ce qu'il faut, c'est employer du lait le plus frais possible ; renouveler sa provision trois ou quatre fois par jour ; ne pas conserver le lait, comme on le fait, dans des vases à large ouverture, mais dans des bouteilles à col étroit et bouchées avec de l'ouate ; laver à l'eau *bouillante* les biberons et les tubes, tous les vases par lesquels passe le lait avant d'arriver dans l'estomac de l'enfant. Ce qu'il faut avant tout, c'est ne se servir du biberon que lorsqu'on ne peut pas faire autrement, lorsqu'on ne peut pas, à défaut de nourrice, faire téter l'ânesse ou la chèvre. Le professeur Parrot a montré dernièrement que les nourrissons syphilitiques, qui mouraient sans exception à l'hospice des enfants-assistés, lorsqu'ils étaient nourris au biberon, guérissent dans une assez grande proportion lorsqu'ils tètent directement la chèvre et surtout l'ânesse. (*Le Concours Médical*).

(1) *On the communication of Fever by Ingesta : Ed. med. journ ; June* 1858.

(2) *On a localised Outbrdak of Typhoid Fever tracet to the use of impure milk : London* 1871.

(3) *Lancet* 1873-1842. *Brit. med. Journ.* 1871, *p.* 291.

(4) *Brit. med. Journ.* 5 *sept.* 1873 et *La fièvre typhoïde*, traduc. fr., Paris, 1878, page 62, note.

TRAITEMENT DE L'OVARITE

Par Horatio Bigelow-Washington.

Il n'est aucune maladie de l'appareil sexuel de la femme aussi désespérante pour la malade, dont le traitement soit aussi peu satisfaisant, aussi décourageant pour le médecin que l'ovarite. Il est impossible d'obtenir le repos absolu des ovaires et des trompes ; les ovaires ne cessent d'être actifs qu'avec la cessation de leur vie ; les trompes, jusqu'à la ménopause, sont toujours à se préparer, en vue des règles, ou à se remettre de la secousse qu'elles leurs ont fait subir. Il n'y a aucune période de repos physiologique. Que la menstruation soit simplement l'expression de l'ovulation, qu'elle dépende de l'exfoliation de la couche la plus interne de la muqueuse utérine qui a proliféré, ou qu'elle soit un attribut spécial de la trompe, l'effet direct et l'influence transmise sont ressentis tout le long de la voie utérine. L'ovaire et la trompe sympathisent dans l'accomplissement de cet acte physiologique, qui peut facilement devenir pathologique par un manque d'intégrité dans le fonctionnement d'une des parties engagées. Dans le passé, des souffrances constantes, des douleurs névralgiques, une défécation pénible, une sensation de déchirement au niveau de l'ovaire, de la dysménorrhée, des douleurs dans le dos, les lombes et la racine des cuisses; de l'abattement, de la dyspepsie et de la mélancolie ; dans le présent, une vie misérable passée au lit, un avenir auquel on n'ose songer, tels sont les incidents communs écrits dans les pages de la vie de celles qui viennent demander au gynécologiste de les guérir d'une ovarite. On aura beau redresser avec un pessaire l'utérus déplacé, recoudre les déchirures, enlever avec la curette les végétations de l'endométrite, dégorger le col utérin, la patiente ne verra pas cesser ses douleurs. Des péritonites locales reviennent avec une persistante régularité. Comme on ne songe jamais à l'ovaire, on traite de plus belle l'endométrite, on applique un autre pessaire, on attribue la péritonite tantôt à une ancienne inflammation pelvienne, tantôt à la sympathie, tantôt à un état pathologique de l'utérus, et il en résulte que la femme se fane en emportant avec elle la réputation du médecin et les témoignages silencieux de son manque de discernement.

Il n'est pas probable que l'utérus, si malade qu'il soit, puisse donner naissance à tant de symptômes divers. La dysménorrhée intercurrente accompagnant une ovarite ne cédera pas à une médication intra-utérine, parce qu'elle ne fait qu'exprimer le dérangement de la

fonction ovarienne. Les déplacements antérieurs ne s'accompagnent pas de symptômes aussi alarmants, et les incommodités qui en résultent céderont sans peine aux pessaires ou aux tampons médicamenteux. Le grand tort du pessaire, c'est d'être appliqué trop facilement et de laisser croire qu'un effet merveilleux suivra son introduction. Les pessaires ne sont qu'exceptionnellement bienfaisants. Dans la majorité des cas, l'utérus est bien mieux et plus sûrement fixé, lorsqu'on applique un pessaire. L'emploi, à tort et à travers, du pessaire et sa mauvaise application sont des causes prédisposantes de maladies graves.

Le but à atteindre est d'abord de calmer les souffrances de la malade, et on s'attirera sa confiance en n'intervenant pas inutilement en pratiquant le toucher vaginal, en faisant de fréquentes tentatives pour replacer l'utérus. Mais comment faire disparaître les douleurs ? L'électricité, le repos absolu, le massage et une nourriture abondante ont une action réelle ; mais le moindre écart de ce régime ramène tous les symptômes anciens. L'ergot avec le bromure de potassium, le chlorure d'or et de sodium, le traitement altérant avec le mercure, sont tous également inefficaces. Il semble clairement démontré que le déplacement de l'utérus n'a rien à faire avec les symptômes de gêne ; que la rétroversion et l'ovarite sont deux maladies distinctes, chacune caractérisée par des symptômes particuliers et demandant chacune un traitement séparé. De même que cela peut être une erreur d'ajourner une opération ayant pour but d'enlever les annexes de l'utérus, jusqu'au moment où la malade sera épuisée par les souffrances, de même est-il très naturel d'hésiter à assumer une si grave responsabilité.

Sur la suggestion du Dr Murphy, j'ai été conduit à faire l'essai de suppositoires rectaux composés d'un quart de grain d'iodoforme combiné avec une petite quantité d'extrait alcoolique de belladone ; on en introduisait trois par jour. Dans trois cas qui me sont personnels, ces suppositoires m'ont donné des résultats plus satisfaisants et un espoir plus ferme de futur soulagement que tous les autres moyens que je connais. L'abstention de rapports conjugaux, une bonne hygiène et un régime diététique doivent être sévèrement imposés. Les propriétés sédatives et calmantes de l'iodoforme sont bien connues, et, dans aucune maladie, elles ne sont ressorties aussi clairement. (*The medical Record*, 21 march 1883. *Journal de médecine de Paris*).

DE L'EMPLOI DES IRRIGATIONS D'EAU CHAUDE CONTRE LES HÉMORRHAGIES PUERPÉRALES

Par M. Richter.

La méthode consiste à faire passer dans l'utérus un courant d'eau chaude à 40 degrés pendant cinq à huit minutes. L'arrêt de l'hémorrhagie serait presque instantané. Il faut remarquer que l'eau à 38°,5 ne produit aucun effet. La canule contenant l'eau doit être conduite sur les deux doigts de l'accoucheur jusqu'au-delà de l'orifice du col, afin de ne pas causer de douleur à la malade. Il faut avoir soin que l'écoulement de l'eau se fasse sans aucun obstacle, aussi pourra-t-on se servir avantageusement d'un double tube. L'eau de l'irrigation peut être phéniquée (1-2 pour 100), comme il est d'habitude à la Charité de Berlin.

Pour arriver à arrêter, au moyen de l'eau chaude, une hémorrhagie, deux choses sont absolument nécessaires :

1° L'utérus doit être placé dans les meilleures conditions possibles de contractilité, ce qui est obtenu le plus simplement par l'expression mécanique de tous les débris qu'il peut contenir, et par l'administration d'une petite dose de seigle ergoté ou d'une injection hypodermique d'ergotine ;

2° Il faut être certain que l'irrigation de l'eau à 40 degrés porte bien directement sur les parois utérines. Nouvelle raison pour que la cavité soit bien nettoyée des coagulos, débris placentaires, etc.

A quoi peut-on attribuer une action aussi rapide et aussi complète de l'action de l'eau à 40 degrés.

Les uns admettent une exagération de la contractilité utérine (comme sous l'influence de l'excitation directe ou du seigle ergoté, etc.) : d'autres, une tuméfaction inflammatoire rapide du tissu utérin, spécialement du tissu muqueux et sous-muqueux.

Richter a déjà défendu et défend encore cette dernière opinion, et voici pour quelles raisons :

La consistance et la forme de l'utérus en contraction énergique est celle d'une boule solide et dure ; tandis qu'à la suite d'une irrigation d'eau à 40 degrés, sa consistance est celle d'une pelote élastique. L'utérus reste plus volumineux et remonte plus haut.

Les hémorrhagies arrêtées par l'eau chaude reviennent peu à peu, lorsque l'on maintient sur l'abdomen une vessie de glace en permanence; c'est le contraire qui devrait arriver dans la première hypothèse.

Lorque l'on abuse de l'irrigation à 40 degrés, on détermine une re-

lation de plus en plus évidente de l'organe tout entier, pendant que se montrent des signes d'une endométrite au début.

Enfin, Cohnheim et Bassar ont démontré expérimentalement qu'il suffit de plonger cinq à six minutes une extrémité dans de l'eau à 40-43 degrés pour y déterminer des tuméfactions inflammatoires importantes. (*Berl. klin. Woch.*, Nos 51 et 52, 1882).

C'est peut-être un bon moyen d'arrêter les hémorrhagies puerpérales que l'eau à 40 degrés, qui est presque de l'eau bonne à cuire les œufs, et qui, certainement, coagule le sang dans les petits vaisseaux ; mais nous croyons qu'il y a des moyens, — ne fût-ce que les faibles solutions de perchlorure de fer, qui ont une action hémostatique tout aussi efficace que l eau à 40 degrés, et qui ont beaucoup moins d'inconvénients. De l'eau à cette température ne peut être, en effet, sans danger pour une muqueuse utérine, qui est déjà quasi-enflammée par les conditions de la puerpéralité.

(*La Médecine Contemporaine*).

DU VIBURNUM PRUNIFOLIUM DANS LA DYSMÉNORRHÉE

Par H. Herr.

Le viburnum prunifolium exerce une action marquée sur les douleurs de la dysménorrhée. Bien que l'efficacité de cet agent thérapeutique dépende en grande partie des causes déterminantes qui ont présidé au développement de l'affection, son emploi est toujours utile, même dans le cas où la dysménorrhée ressortit à des causes de nature purement mécanique, telles que des flexions, des versions, des abaissements utérins, d'où congestion de l'organe, obstruction mécanique à l'écoulement du flux menstruel et douleurs proportionnelles en intensité à l'énergie des contractions utérines.

Le soulagement qui accompagne l'emploi du viburnum dans ces cas met en lumière l'action en quelque sorte spécifique du médicament sur la douleur ménorrhagique, puisque le viburnum prunifolium ne saurait être alors considéré comme influençant en rien la cause prochaine de la dysménorrhée. Mais c'est surtout contre la dysménorrhée essentielle, c'est-à dire ne s'accompagnant d'aucune flexion ou déplacement utérin que l'efficacité du viburnum est réelle-

ment merveilleuse, surtout si on a soin de l'associer au piscidia-erythrina (coque du Levant). La combinaison de ces deux médicaments synergiques n'a jamais manqué d'apaiser ou de dissiper complètement les douleurs dans ces dysménorrhées essentielles. L'auteur rapporte deux observations détaillées, et chez l'une de ses malades l'usage du viburnum prunifolium, continué pendant la période intermenstruelle, ramena dès la seconde menstruation l'écoulement à son abondance et à son insensibilité normales. L'auteur spécifie que, dans ces deux traitements, rapidement couronnés de succès, il n'existait pas de déviation utérine. Le mode d'administration adopté est l'extrait fluide de viburnum à la dose d'une cuillerée à thé toutes les quatre heures, au moment de la période menstruelle. (*Viburnum prunifolium. Its médical. Uses*, by F.-H. Herr. *Tho Therapeutic Gazette*, july 1883, n° 7.)

(*L'Union médicale*).

PILULES CONTRE LA CHLOROSE AVEC MÉNORRHAGIE. — (HUCHARD).

Rec.	Tartatre ferrico-potassique,	10 grammes.
	Ergotine,	10 —
	Huile essentielle d'anis,	q. s.

Pour f. s. a. 100 pilules ; deux à chaque repas.

ENLÈVEMENT D'UN CALCUL PAR LA DILATATION RAPIDE DE L'URÈTHRE CHEZ UNE PETITE FILLE.

Le Dr PARKES rapporte un cas intéressant de calcul vésical chez une fille de 5 ans, qu'il a extrait par une dilatation rapide de l'urèthre. Des symptômes vésicaux avaient débuté, à l'âge de 2 ans, par de la difficulté dans la miction, quand l'enfant était dans la position droite, et par une impossibilité absolue d'uriner étant dans le décubitus dorsal. Le cathétérisme révéla la présence d'un calcul. On dilata alors l'urèthre à l'aide d'un dilatateur à trois branches, jusqu'à ce qu'on pût introduire le petit doigt, puis on saisit le calcul que l'on enleva par morceaux. Au centre de la pierre on trouva un noyau composé d'acide urique. Cinq jours après l'opération, l'enfant pouvait uriner

dans la position couchée et trois semaines après elle était guérie. (*Medical Press and Gazette*, 14 mai 1881.)

(*Journal de médecine de Paris.*)

TRAITEMENT DE L'HERPÈS VULVAIRE AVEC PRURIT (Dr B. DE BOURNONVILLE).

Plusieurs fois par jour, passer l'éponge légèrement imbibée dans la solution suivante :

Tannin.	15	grammes.
Glycérine neutre.	100	—
Essence de menthe	V	gouttes.
Eau distillée.	200	grammes.

Laisser sécher sans essuyer et poudrer abondamment les parties génitales avec la fécule de pomme de terre.

Dans les cas où l'herpès formera une véritable plaie, on la saupoudrera finement avec du tannin en poudre.

Les formes les plus tenaces céderont au bout de deux ou trois jours de traitement.

(*Le Médecin praticien*).

DU TRAITEMENT DE LA GALACTORRHÉE ET DE LA MASTITE.

Schwartz rapporte l'observation d'une femme qui avait eu un abcès du sein et qui fut plus tard obligée de sevrer. Elle continuait à perdre du lait en grande quantité et à s'affaiblir. Aucun des moyens employés ne pouvait empêcher cet écoulement : diminution de nourriture, iodure de potassium, purgatif, compression avec de la ouate. L'auteur essaya alors d'appliquer un pansement, très exactement fixé et très serré, avec des bandelettes de diachylon. Il mit d'abord des bandelettes transversales, laissant le mamelon libre ; sous cette première couche de bandelettes, il en appliqua une seconde en forme d'ellipse. Grâce à ce procédé, le succès fut complet. La sécrétion lactée cessa et le sein revint bientôt à son état naturel.

L'auteur dit avoir aussi employé ce moyen avec succès au début des mastites type avec frisson, fièvre, rougeur et épaississement.

(*Revue médicale française et étrangère*).

LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE MORPHINE DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Le Dr Tansit, dans une communication faite à la Société obstétricale de Cincinnati, recommande les injections endermiques de morphine contre l'éclampsie. « Quoi qu'il en soit, dit-il, de la pathologie de ces attaques convulsives survenant avant, pendant ou après l'accouchement, il ne peut exister aucun doute que le traitement de cette terrible maladie au moyen des injections endermiques de morphine est éminement efficace. » Il rapporte *in extenso* trois cas traités avec succès par cette méthode. Il associe l'atropine à la morphine, à cause de sa propriété de relâcher les fibres musculaires de la vie organique. Chez les pléthoriques, il va sans dire, selon lui, que rien n'empêche de pratiquer la saignée en même temps qu'on administre la morphine.

(*Revue médicale française et étrangère.*)

FORMULAIRE

—

De l'emploi des bromures de potassium, de sodium et d'ammonium, associés dans le traitement de la dysménorrhée avec troubles congestifs. (J. Chéron).

On observe fréquemment, chez des jeunes femmes, plus souvent encore chez des jeunes filles, des troubles de la menstruation caractérisés par des retards qui arrivent à se compter par 2, 3, 4 mois et quelquefois davantage.

Ces malades accusent une sensation de poids au niveau de l'épigastre, des digestions lentes, un cerveau paresseux, de la chaleur au visage, de l'insomnie la nuit et des fréquents besoins de se livrer au sommeil dans la journée, de l'oppression, des palpitations, un alourdissement général, quelquefois des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc.

Tous ces symptômes surviennent lorsque les retards dans l'apparition régulière des règles commencent à s'accentuer. Ils résultent de poussées congestives du côté de l'estomac, du cerveau, parfois du côté du cœur et des poumons.

L'action favorable du bromure de potassium, employé seul, a

la dose de deux à quatre grammes par jour, est incontestable, mais il produit, en même temps, une grande dépression, aussi est-il préférable d'associer l'emploi des trois bromures d'après la formule suivante :

Bromure de potassium	10 gr.
de sodium	6 gr.
d'ammonium	4 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	100 gr.
Teinture de rhubarbe	10 gr.
Eau distillée	220 gr.

Prendre une cuillerée à soupe, avant chaque repas, dans un peu d'eau rougie.

Chaque cuillerée à soupe contient 50 centig. de bromure de potassium, 30 centig. de bromure de sodium et 20 centig. de bromure d'ammonium.

On produit par l'emploi de cette association une modération dans la tendance congestive vers les organes d'en haut et une détente du côté de l'appareil utéro-ovarien, ce qui s'explique en nous reportant aux conclusions de notre mémoire sur l'action physiologique des bromures (1) :

Lorsqu'on veut agir sur le pouvoir réflexe et sur le système musculaire, c'est au bromure de potassium qu'il faut donner la préférence; si, au contraire, il suffit d'agir sur les centres réflexes, le bromure de sodium est indiqué.

Enfin lorsque, en respectant le système musculaire, on veut agir sur les centres nerveux et amener une détente de la circulation, un abaissement de pression, le bromure d'ammonium donnera ce résultat.

Les trois indications existant dans notre cas, l'emploi des trois bromures se trouve justifié.

(1) En collaboration avec le Dr Fauquez.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Anderson, 291
Apostoli, 511
Atthill, 100
Aubigé, 107
Bantock, 391
Baraduc, 349
Baranski, 410
Barbour, 414
Barnal, 337
Barnes, 48, 341, 591
Barker, 579
Barral, 444
Bartel, 534
Béchamp, 442
Bell, 411, 703
Bernier de Bournonville, 358, 712
Berruti, 181
Bertram, 358
Billroth, 176
Blackwood, 115
Blanchard, 641
Bœckel, 639
Boens, 535
Boudet, 346
Bouilly, 281
Boutin, 647
Braun, 172, 294
Breus, 356
Brill, 47
Brun de Bois-Noir, 447
Bucquet, 153
Cérenville, 703
Cerné, 280
Chahbazian, 346
Chalmers, 244
Champney, 342, 345
Chatellier, 455
Chaudé, 274
Chéron, 1, 59, 119, 179, 240, 299, 301, 360, 419, 426, 480, 486, 539, 548, 599, 606, 659, 665, 713.
Clifton Winc, 109
Coster 701
Cushing, 173
Dauchez, 268
Davezac, 55
Dembo, 9
Demons, 443
Doleris, 274, 630, 689
Dorsett, 40
Doyen, 444
Dumontpallier, 543
Duncan, 343, 345, 700
Dunster, 110
Duran, 344
Duval, 416
Ebrard, 276
Elliott, 417
Etheridge, 702
Fauquez, 121, 181, 301, 418, 426, 486, 548, 606, 665.
Féré, 634
Field, 350
Fournaise, 163
Friedreich, 595
Galabin, 344
Gallard, 292, 625
Ganzinotty, 697
Genis, 342
Gibney, 393
Giraudeau, 466
Goodheart, 411
Gressot, 241, 313
Griffith, 454
Guérin, 684
Hart, 414
Hélot, 296
Henrot, 640
Hergott, 113
Herman, 341
Herr, 710
Herrick, 429
Hoel, 99
Hildebrandt, 61, 125
Huchard, 238, 711
Hugues, 399
Hyernaux, 174, 392
Jannet, 407
Janin, 94
Julliard, 463
Kirk, 290
Kœberlé, 593, 637
Kraner, 108
Kubassow, 234
Küster, 36
Landowsky, 17, 78, 142
Launois. 42
Lawson-Tait, 642
Le Bec 460
Lebert, 410
Levert, 54
Lindney, 359
Lomer, 48
Lukens, 701
Macau, 294
Macdonald, 529
Mallez, 418
Marfau, 530

Martineau, 387, 637
Maslovsky,
Monod,
Muller, 115, 470
Negri, 645
Neville, 102
Nivert, 417
Olivarius, 698
Oliivier, 626
Onimus, 156
Oswalet, 699
Outhwaite, 453
Pamard, 384
Papou, 357
Paquet, 270, 450
Parques, 711
Péan, 121
Poinsot, 340
Porak, 635
Potain, 565
Pott, 534
Pruvost, 573
Pujo, 108
Purefoy, 101
Reeves-Jackson, 231
Rehfeldt. 416
Reignier, 527
Rendu, 389
Reynolds, 111
Richter, 709
Ricklin, 237, 595
Riedel, 229
Rodet, 280, 341
Rolland, 179
Rondeau, 104
Saint-Germain, 419
Saint-Philippe, 580
Sappey. 512
Schwarty, 712
Schrœder d'Erlangen, 200,252
Schultze, 361
Sée, 293
Seiler, 233
Silbermann, 288
Simon, 58
Siredey, 49
Sloan, 237
Smith, 452,657
Snow, 290
Stocker, 397
Stumpf, 118
Sarjus, 295
Tansit 713
Terrier, 519, 681
Terrillon, 103, 384. 516
Tilt, 301, 426, 486, 548, 606, 665
Thoinot, 627
Thomas, 406
Thorne, 463
Trélat, 112,650
Trouvé, 296
Troyon, 640
Vacher, 587
Varela. 688
Veillard, 47, 48
Vermeil, 417
Zweisel, 695
Wallingford, 226
Washington, 707
Wattebled, 109
Watts, 641
Wenning, 501
Wilson, 169
Wingate, 170

TABLE ALPHABÉTIQUE

Ablation de l'utérus par le procédé de Bardenhauer. 181
Ablation de tout l'utérus pour un cancer de cet organe. 236
Accouchement chez les femmes à deux vagins. 407
Accouchement compliqué de tumeurs de l'ovaire. 48
Accouchement (Un nouveau cas de mort subite après l' —) 170
Accouchements (Emploi de l'ipéca dans les — laborieux). 595
Accouchements sans douleurs par le bromure d'Ethyle. 54
Accoucher (L'art d' —) dans les îles Sandwich. 287
Affections puerpérales (Prévention des —). 115
Affections utérines et stérilité. 700
Age critique de la femme, 301, 426 486, 548, 606, 665
Albuminurie des femmes grosses. 630
Allaitement artificiel. 114
Aménorrhée par imperforation de l'Hymen. 104
Aménorrhée (traitement de l' —) 115
Aménorrhée (traitement de l' —) par l'iode 599
Analgésie obstétricale par le bromure d'Ethyle. 54
Anesthésie caustique. 684
Anesthésie dans l'ovariotomie. 229

Antilaiteux. 53
Asthme dyspeptique des enfants. 288
Anus (Présentation par la vulve et l'—) 527
Avortement terminé par l'électricité. 688
Blennorrhagie localisée chez la femme. 647
Cancer de l'ovaire. 337
Cancer du sein guéri sans opération. 535
Cancer (traitement du —) 396
Cancroïde de la vulve. 112
Carcinome du sein (Un symptome négligé du —). 290
Carie dentaire de la grossesse. 290
Catarrhe chronique (traitement du —) du col de l'utérus. 414
Cautérisations (Abus des —) du col. 49
Cavité utérine (Double —). 406
Chancre simple du col de l'utérus. 387
Chirurgie à la Wagner. 588
Chloroforme dans la pratique obstétricale. 591
Chlorose (traitement de la —). 292
Clinique (une visite à la —) des maladies des femmes de la faculté de médecine de Lyon. 1
Col (abus des cautérisations du —) 49
Contractibilité utérine sous l'influence des courants électriques. 156
Contractions (Indépendance des —) de l'utérus par rapport au système cerebro-spinal. 9
Corps fibreux utérins. 460
Corps jaune. 357
Déformations vulvaires et anales. 637
Deplacements utérins (Rôle du mode respiratoire dans les —). 109
Déviations utérines. 643
Déviations utérines (Démonstration du mécanisme de l'appareil du Dr Verrier pour le redressement des —). 32
Diabète puerpéral. 345
Diarrhée (traitement de la —) infantile par l'infusion de camomille. 417
Diphthérie (influence de la —) sur le produit de la conception. 626
Dysménorrhée accidentelle (traitement de la —) par la potion stimulante et diaphorétique. 357
Dysménorrhée par hypéresthésie de l'hymen. 641
Dysménorrhée (traitement de la —) par l'iode. 599
Dysmenorrhée traitée par le viburnum prunifolium. 710
Dysmenorrhée traitée par les 3 bromures. 713
Dystocie occasionnée par un myome intersticiel à l'union du col et du corps de l'utérus gravide. 689
Dystocie fœtale. 230
Dystocie par cloisonnement transversal du col. 153
Eclampsie puerpérale. 111, 280, 346
Eclampsie puerpérale traitée par la morphine. 657
Eclampsie puerpérale (traitement de l'—). 356
Eclampsie (traitement de l'—). 403
Electricité (avortement terminé par l'). 688
Endométrite cervicale traitée par l'iode. 419
Epitheliome du col utérin. 163
Etiologie et traitement des anti et retro-déviations de l'utérus. 200 252
Eucalyptus (Huile d'—) en obstétrique. 237
Expulsion de la caduque utérine. 274
Fécondation artificielle. 233, 537
Fécondité. 109
Fibromes utérins. 391
Fibromes utérins (traitement des —) 292
Fibromes utérins (traitement par les courants continus à intermittences rythmées. 241, 313
Fibromyome de l'utérus double et symétrique. 268
Fibromyome de l'utérus Hystérectomie totale pour —). 639
Fistules génito-urinaires. 65
Fistules recto-vaginales. 3
Fistules recto-vulvaires et recto-vaginales inférieures guéries par l'incision et la perméorraphie immédiate. 591
Fistules vésico-vaginales, (Etat des fonctions génitales de la femme dans les —). 108
Fistules vésico-vaginales, recto-vaginales et uréthro-vaginales (opération des —). 121
Fistule vésico-vaginale (traitement de la —). 172
Fluxions pleuro-pulmonaires reflexes d'origine utéro-ovarienne. 565
Fœtus ayant séjourné 56 ans dans le sein de sa mère. 512
Folie en rapport avec les affections utérines. 589
Galactorrhée. 712
Glycosurie dans les abcès du sein chez les nourrices. 587
Grossesse (altération de la peau pendant la —) 699
Grossesse (carie dentaire dans la —) 290
Grossesse extra-utérine datant de 7 ans. 447
Grossesse interstitielle. 344
Grossesse (ovariotomie pendant la —) 169
Grossesse (sialorrhée dans la —). 55
Grossesse (traitement des vomisse-

ments incoercibles de la —). 294
Gynécologie (Revue de —). 421, 481, 541, 602
Hémorrhagie post-puerpérale. 276
Hémorrhagies menstruelles. 703
Hémorrhagies puerpérales (irrigations d'eau chaude contre les —) 709
Hémorrhagie utérine guérie par une injection d'eau chaude. 173
Hémorrhoïdes (traitement des —). 293
Hermaphrodite. 341, 344
Hernie de l'ovaire. 48
Herpès vulvaire. 712
Hydrocèle chez la femme. 703
Hymen (aménorrhée par imperforation de l'). 104
Hymen (dysménorrhée par hypéresthésie de l'—). 641
Hymen (imperforation de l'—) 343
Hymen imperforé. 178
Hymen imperforé pendant le travail. 699
Hymen persistant 175
Hypéresthésie de l'hymen (Dysmenorrhée par —). 641
Hypertrophie de l'utérus. 100
Hypertrophie des petites lèvres. 501
Hypertrophie papillaire des petites lèvres. 384
Hystérectomie. 176, 384, 681
Hystérectomie partielle. 340
Hystérectomie totale pour fibromyome de l'utérus. 639
Hystérie (traitement de l'—). 595
Injections intra-utérines (mort rapide à la suite d'—). 281
Injections vaginales d'eau chaude. 358
Invagination intestinale chez une enfant de 11 mois. 99
Inversion utérine chronique (traitement de l' —) 107
Involution utérine. 697
Iode dans le traitement de l'endométrite cervicale. 419
Iode (traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée par l' —) 599
Iodoforme dans les affections intra-utérines. 416
Jumeaux (intervalle prolongé entre deux naissances de —). 410
Kystes de l'ovaire. 50, 516
Kyste de l'ovaire droit. 444
Kystes de l'ovaire, ponction exploratrice des —). 695
Kyste hydatique situé dans l'épaisseur de la paroi interne et l'espace de Douglas, compliquant l'accouchement. 47
Kyste uniloculaire de l'ovaire. 270
Leucorrhée. 579
Leucorrhée chez les enfants. 793
Leucorrhée traitée par l'aulnée. 659
Maladies des voies urinaires. 418
Mamelle (aiguilles extraites de la —) chez une jeune femme. 108
Mamelle hypertrophiée. 450
Mamelle (traitement du Phlegmon laiteux de la —.) 416
Massage utérin comme moyen de traiter certaines formes d'hypertrophie de l'utérus. 231
Matrice (cure radicale de la chute de la —) 470
Médicament galactogène. 291
Médication alcaline. 596
Menstruation 625
Menstruation compensatrice par le conduit auditif externe. 350
Menstruation et metrorrhagie dans le typhus, la fièvre typhoïde et la fièvre recurrente. 534
Menstruation (troubles de la —) après les lésions chirurgicales ou traumatiques et après l'ovariotomie. 103
Metrite (préparation contre la —) 358
Metrorrhagies (traitement des —) par les injections vaginales d'eau chaude. 417
Microphone pour constater l'action sur le fœtus des médicaments pris par la mère. 234
Molluscum simple de la grande lèvre. 530
Morchiomanie au point de vue de la grossesse et de la vie du fœtus. 630
Névralgie intercostale sous-mammaire (traitement par le gelseminum sempervirens de la —) liée aux affections utérines. 299
Névralgie lombo-abdominale liée aux affections utérines chez les rhumatisantes, traitée par le camphre salicylé 480
Noma des organes génitaux externes 101
Obstétrique (Protoxyde d'azote en —) 294
Odontalgie (Potion contre l'—) chez les femmes enceintes 359
Omphalite des nouveaux-nés 701
Operation de Porro avec la modifications de Muller, suivie de mort 113
Ovaire (Accouchement compliqué de tumeurs de l'—) 48
Ovaire (cancer de l' —) 337
— droit (kyste de l' —) 444
— (hernie de l' —) 48
— (kyste de l' —) 50, 516
— (kyste uniloculaire de l'—) 270
— (ponction exploratrice des kystes de l' —). 695
Ovariotomie 516
— (anesthésie dans l'—) 229
— à propos d'une —) 96
— (l'—) est-elle praticable dans le cours d'une péritonite 110
Ovariotomie pendant la grossesse 169
— (suites éloignées de l' —) 460
Ovarite. 707
Palper abdominal 645
Perinéorrhaphie 637
Perinéorrhaphie dans un cas de déchirure totale du périnée 573

Perinéorrhaphie (débridement dans la —) 593
Péritonite enkystée, traitée par le drainage et les injections antiseptiques 42
Péritonite (l'ovariotomie est-elle praticable dans le cours d'une —) 110
Pessaire sigmoïde élastique 157
Phlegmon des ligaments larges (savon mou de potasse dans le —) 179
Phlegmon laiteux (traitement du—) de la mamelle 416
Phlegmon péri-utérin 454
Photophore électrique frontal 296
Placenta (enchatonnement incomplet du —) 455
Ponction exploratrice des kystes de l'ovaire 695
Précocité 642
Présentations du sommet (causes des —) et des autres présentations pendant le travail 102
Prolapsus de la muqueuse de l'urèthre 698
Prolapsus (double — utérin chez une hystérique) 349
Prolapsus utérin 94
Prostitution en Chine 287
Protoxyde d'azote en obstétrique 294
Prurit vulvaire formules contré le —) 239
Quassine et ses applications 235
Quinine (sulfate de —) 657
Rectum (malformation congénitale du —) s'ouvrant sur la paroi postérieure du vagin 397
Resorcine (emploi de la —) au traitement de la vaginite 240
Rétention d'os fœtaux pendant 19 mois dans l'utérus 280
Rétroflexion de l'utérus 61, 125
Rupture utérine 40
Sacrum (tératome du —) 452
Sages-femmes (attributions des—) 274
Sécrétion lactée (variations de la —) sous l'influence de quelques médicaments 118
Sections abdominales 642
Sein (cancer du —) guéri sans opération 535
Septicémie puerpérale traitée et guérie par les injections hypodermiques d'acide phénique 52
Sevrage 58
Sialorrhée dans la grossesse 55
Sinus utérins (entrée de l'air dans les —) 161
Squirrhe ulcéré du sein. 684
Stéatopygie des Hottentotes 641
Stérilité (des formes de l'orifice utérin dans leurs rapports avec la —) 17, 78, 142
Sterilité. 700
Strychnine (Emploi de la —) dans le traitement des hémorrhagies consécutives à la regression incomplète de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement. 59
Superfœtation. 453
Tératologie. 688
Thérapeutique des difformités congénitales ou acquises. 419
Thrombose pulmonaire puerpérale. 704
Toux utérine (Pilules contre la—) 291
Traitement chirurgical du carcinome du col de l'utérus. 237
Traitement de la chlorose 292
Traitement de la diarrhée infantile par l'infusion de camomille. 417
Traitement de la dysménorrhée par le viburnum prunifolium. 710
Traitement de la dysmenorrhée par les 3 bromures. 713
Traitement de la fistule vesico-vaginale. 172
Traitement de la galactorrhée 712
Traitement de la leucorrhée par l'aulnée. 659
Traitement de l'aménorrhée. 115
Traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée par l'iode. 599
Traitement de la vaginite blennorrhagique. 292
Traitement de la vaginite. (Emploi de la résorcine au —). 240
Traitement de la vaginite et de l'urèthrite purulentes par le glycère d'acide borique. 119
Traitement de la vulvite diphthéroïdique chez les petites filles. 295
Traitement de la vulvo-vaginite chez les petites filles. 534
Traitement de l'Eclampsie. 403
Traitement de l'Eclampsie purpérale. 356
Traitement de l'Eclampsie purpérale par la morphine. 659
Traitement de l'écoulement purulent âcre et irritant qui vient de l'utérus chez les malades sujettes aux poussées d'eczéma. 539
Traitement de l'Endométrite cervicale par l'iode. 419
Traitement de l'Hémorrhagie post-partum par les injections hypodermiques d'Ergotine. 346
Traitement de l'Hystérie. 595
Traitement de l'inversion utérine chronique. 107
Traitement de l'ovarite. 707
Traitement des déplacements utérins. 411
Traitement des fibromes utérins 292
Traitement des fibromes par les courants continus à intermittences rythmées. 241, 313
Traitement des hémorrhoïdes. 293
Traitement des maladies des voies urinaires (Nouvelle sonde pour le —). 298
Traitement des métrorrhagies par les injections vaginales d'eau chaude. 417

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. 294
Traitement des vomissements incoercibles et de la grossesse. 352
Traitement du cancer du sein. 396
Traitement du catarrhe chronique du col de l'utérus. 414
Traitement du phlegmon laiteux de la mamelle. 416
Traitement électrique de la douleur ovarienne chez les hystériques 511
Traitement par la teinture du gelseminum sempervirens de la névralgie intercostale sous mammaire liée aux affections utérines. 299
Tumeurs fibrocystique de l'utérus et des ligaments larges 226
Tumeurs (accouchement compliqué de —) de l'ovaire. 48
Tumeurs fibreuses de l'utérus. 580
Tumeurs malignes. (Développement des —) aux dépens des tumeurs bénignes. 168
Tumeur utérine. 627
Urèthre (prolapsus de la muqueuse de l' — 698
Uréthrite (Traitement de l' — purulente par le glycéré d'acide borique 119
Uriner (Besoin fréquent d'—) dans ses rapports avec les affections utérines. 360
Utérus (Ablation de l'—). 429
Utérus (Ablation de l') par le procédé de Bardenhauer. 181
Utérus cancéreux (Ablation totale de l'—). 173
Utérus (Chancre simple de l'—). 387
Utérus (Changements de position de l'—). 361
Utérus (Corps étrangers retenus dans l'—) postpartum. 399
Utérus (Déchirures du col de l'—) 529
Utérus (Extirpation de l'—) par le vagin. 443
Utérus (Fibromyome de l'—) double et symétrique. 268
Uterus (Hystérectomie totale pour fibromyome de l'—). 639
Utérus (Indépendances des contractions de l'—) par rapport au système cérébro-spinal. 9
Utérus (Massage utérin comme moyen de traiter certaines formes d'hypertrophie de l'—). 231
Utérus Rétention d'os fœtaux pendant 19 mois dans l'—). 280
Utérus (Rétroflexion de l'—) 61, 125
Utérus (traitement du catarrhe chronique du col de l'—) 414
Utérus (tumeur fibrocystique de l'—) et des ligaments larges 226
Utérus (tumeurs fibreuses de l'—) 580
Vagin (cloison transversale du —) 342
Vagin (corps étranger du —) 701
Vagin (extirpation de l'utérus par le —) 443
Vaginite blennorrhagique (traitement de la —) 292
Vaginite (emploi de la résorcine au traitement de la —) 240
Vaginite (traitement de la — purulente par le glyore d'acide borique 119
Vagin (Malformation congénitale du rectum s'ouvrant sur la paroi postérieure du —) 397
Vagin (occlusion du —) 174, 392
Vessie (ablation d'un fibro-papilleux de la —) 463
Vessie irritable chez la femme. 702
Vessie (suture de la —) 465
Vomissements hystériques 238
Vomissements (traitement des — incoercibles de la grossesse) 294
Vomissements (traitement des —) incoercibles de la grossesse par le valérianate de cerium 352
Vomissements incoercibles 98, 221
Vulve (cancroïde de la —) 112
Vulve (présentation par la —) et l'anus 527
Vulvite diphtéroïdique (traitement de la —) chez les petites filles 295

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

41e
864+